

**ACTA DE REUNIÓN**

TRD: 2025-192.26.27

Tema:	APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS	Fecha:	07/02/2025
		Hora Inicial:	3: P.M.
Lugar:	NUEVA EPS (OFICINA 44ª- clínica Palma Real-Bloque 2)	Hora Final:	3+30 p.m.
		Participantes: Ver listado de asistencia anexo	

**1. ORDEN DEL DÍA**

- 1.1. Saludo a los participantes
- 1.2. Verificación de apertura de los buzones de sugerencias durante el mes de Febrero del año 2025.

**2. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA**

- 2.1. El día 07/ de febrero de 2025, se reunieron las personas relacionadas en el formato LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES en la sede de la Entidad con el propósito de dar cumplimiento con la apertura del Buzón de Sugerencias ubicado (os) dentro de las instalaciones.

En la presente acta se detalla el proceso mediante el cual se hace el escrutinio del buzón y el mecanismo para direccionar las PQRS (Petición, queja, reclamo, sugerencia y/o felicitación) recogidas durante la frecuencia de aperturas establecida por la entidad. A continuación se relaciona el número de PQRS encontradas en el buzón durante esta visita:

NUMERO DE BUZONES TOTALES		2
Nº de Buzón	Área	#
Buzón 1	Consulta Externa	0
Buzón 2	Terapias	0
TOTAL PQRS		0

Durante la visita se le solicitó al personal encargado de los buzones de sugerencias y gestión de las PQRS que mostraran un caso y la respuesta enviada al usuario, estos se adjuntan al final del documento en forma de anexo: SI ☒ NO ☐ Enero 2025: se

**3. CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN**

La entidad tiene un procedimiento para la apertura de los buzones de sugerencias. *tenencia*

La entidad cumple con el procedimiento para la apertura de buzones de sugerencias

La Secretaria de Salud verificó la trazabilidad de la gestión de la PQR



República de Colombia  
Departamento del Valle del Cauca  
Alcaldía Municipal de Palmira  
SECRETARÍA DE SALUD

Alcaldía de Palmira

LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES

LUGAR DE LA REUNION: **NOEVA EPS (Intiner Bloque Clínica Palma Real) Oficina 44A**



ASUNTO O EVENTO: **Apertura de Buzones de sugerencias mis FEEDBACK 2025**

FECHA: **07/Enero/2025**  
HORA: **9: P.M**

Importante: En el cumplimiento de la ley 1591 de 2012 de protección de Datos y Personal y su decreto reglamentario 1377, el área de toma de decisión y capacitación de la Alcaldía Municipal de Palmira, le comunica que sus datos personales los cuales comparte a son cedidos a ninguna empresa o tercer, forman parte de esta base de datos de contactos para los fines exclusivos de nuestra área, actuando lo dispuesto en la ley con finalidad de contactar por nuestros diferentes canales de comunicación para mantenerle informado sobre tendencias de nuestros productos y servicios de acuerdo a las preferencias que usted nos ha manifestado previamente, actuara como responsable del tratamiento de estos datos para los mismos propósitos. Salvo que usted informe no estar interesado de estas comunicaciones podrá solicitar la supresión de datos personales de nuestra base de datos. Comuníquese con nuestro Teléfono: 2709505, e infórmenos sus preferencias de comunicación con nosotros. También nos puede escribir al correo: [atencionciudadano@palmira.gov.co](mailto:atencionciudadano@palmira.gov.co), o a la dirección Calle 30 No. 29 -39, o a nuestro portal [www.palmira.gov.co](http://www.palmira.gov.co)

No.	NOMBRES	APELLIDOS	No. DE CEDULA	EMPRESA - ENTIDAD - DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	CELULAR	FIRMA	Autorización de uso datos	
									SI	NO
1	Lissy Yaneth	Zapata Palmarón	59750500	Soc. Salud	Pol	<a href="mailto:palmirapaeison.sociedad@palmira.gov.co">palmirapaeison.sociedad@palmira.gov.co</a>	3133920611		X	
2	Nirvana	Nolasquez	111682728	IPS	As Socio		3103900089			
3	Alexander	Valdehrama	11618159	festigo	festigo		3113530822			
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										



 <b>IPS Medic</b> Con Sentido Humano	<b>ACTA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS</b>		<b>Código:</b> <b>PA-FORMA-005</b>
	<b>IPS MEDIC S.A.S</b> NIT: 900.168.679-7		<b>Versión: 2.0</b>
<b>FECHA</b> (dd-mm-aaaa)	<b>ACTA No.</b>	<b>HORA DE INICIO</b> (a.m. - p.m.)	<b>HORA DE FINALIZACIÓN</b> (a.m. - p.m.)
07/02/2025	71	15:00	15:10
Lugar: PALMIRA FISIOTERAPIA			
Realizada la apertura del respectivo buzón, se evidencia la cantidad de -- formatos PA-FORMA-01 a nombre de los siguientes usuarios:			
	C.C.		Cel.
	C.C.		Cel.
	C.C.		Cel.
	C.C.		Cel.
	C.C.		Cel.
Firma de quienes intervinieron en el proceso de apertura del buzón de sugerencias:			
			
Testigo			
Nombre:	ALEXANDER VALERRAMA		
C.C.	11618159		
Celular:	3113530277		
VIVIANA VELASQUE			
Responsable área SIAU IPS MEDIC			
Representante Asociación de Usuarios de Nueva EPS			
<b>OBSERVACIONES:</b> El original reposará en los archivos de la IPS Medicips y al representante de la Asociación de Usuarios se le enviará por correo electrónico una fotocopia de los formatos de las PUIS-F depositados por los usuarios.			



ACTA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS

IPS MEDIC S.A.S  
NIT: 900.168.679-7

Código:  
PA-FORMA-  
005  
Versión: 2.0

FECHA  
(dd-mm-aaaa)

ACTA No.

HORA DE INICIO  
(a.m. - p.m.)

HORA DE FINALIZACIÓN  
(a.m. - p.m.)

31/01/2025

70

15:00

15:10

Lugar: PALMIRA

Realizada la apertura del respectivo buzón, se evidencia la cantidad de -- formatos PA-FORMA-01 a nombre de los siguientes usuarios:

C.C.		Cel.	
C.C.		Cel.	
C.C.		Cel.	
C.C.		Cel.	
C.C.		Cel.	

Firma de quienes intervinieron en el proceso de apertura del buzón de sugerencias:

  
Testigo

Nombre: YOLANDA MARLENY PERREZ MARCILLO

C.C. 29660751

Celular: 3127814605


VIVIANA

VELASQUEZ

Responsable área SIAU IPS MEDIC

Representante Asociación de Usuarios de Nueva EPS

**OBSERVACIONES:** El original reposará en los archivos de la IPS Medicips y al representante de la Asociación de Usuarios se le enviará por correo electrónico una fotocopia de los formatos de las sugerencias depositados por los usuarios

 <b>IPS Medic</b> Con Sentido Humano	<b>ACTA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS</b>		<b>Código:</b> PA-FORMA-005
	IPS MEDIC S.A.S NIT: 900.168.679-7		<b>Versión:</b> 2.0

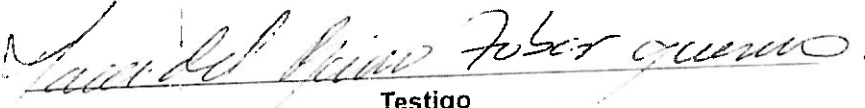
FECHA (dd-mm-aaaa)	ACTA No.	HORA DE INICIO (a.m. - p.m.)	HORA DE FINALIZACIÓN (a.m. - p.m.)
24/01/2025	69	15:00	15:10

Lugar: PALMIRA

Realizada la apertura del respectivo buzón, se evidencia la cantidad de -- formatos PA-FORMA-01 a nombre de los siguientes usuarios:

DOMINIELA ORTEGONMOSQUERA	C.C. 29683060	Cel. 3168323654
	C.C.	Cel.
	C.C.	Cel.
	C.C.	Cel.
	C.C.	Cel.
	C.C.	Cel.

Firma de quienes intervinieron en el proceso de apertura del buzón de sugerencias:



Testigo

Nombre: MARIA DEL ROSARIO TOBON

C.C. 27169661


Celular: 3160436253

VIVIANA VELASQUE

Responsable área SIAU IPS MEDIC

Representante Asociación de Usuarios de Nueva EPS

OBSERVACIONES: El original reposará en los archivos de la IPS Medicips y al representante de la

 <b>IPS Medic</b>	<b>IPS MEDIC SAS</b> <b>NIT: 900.168.679-7</b>	<b>CODIGO</b> <b>PA3-FORMA-001</b>
	<b>COMUNICACIONES</b> <b>ADMINISTRATIVAS EXTERNAS</b>	<b>VERSION 2</b>

Valle del Cauca, 24 de Enero del 2025

Señor(a)  
DOMIQUELA ORTEGÓN MOSQUERA

Ref. : Respuesta PQRSF CC 29683060

Cordial Saludo,

En atención al tema señalado en su solicitud con relación a Toma de Gases arteriales

Teniendo en cuenta lo anterior, nos permitimos dar respuesta a su solicitud:

Agradecemos el uso de los canales de escucha experiencia al usuario, la cual es herramienta dispuesta por nuestra IPS para brindar un servicio con calidad a nuestros afiliados.

Se revisa observación interpuesta, de la paciente que refiere estar inconforme con el servicio prestado por Medicips Laboratorio, dado que le enviaron toma de gases arteriales , se habla con la paciente se le indica que dichos exámenes al ser especiales, se deben tomar en el laboratorio estipulado, de igual manera se le indica a la usuaria que cuando requiera esa clase de servicio en donde deba ser atendida en municipios lejanos a su domicilio, puede solicitar consulta con médico general para que le genere solicitud de transporte por medio del Mipress, la paciente comprende la información brindada y agradece el seguimiento a su caso y de igual manera manifiesta que ya se realizó los exámenes.

Es compromiso de IPS Medic tener en cuenta su caso y aplicar las medidas necesarias, con el propósito permanente de buscar alternativas que se traduzcan en servicio y agilidad para con nuestros afiliados.

agradezco la atención prestada.

IPS MEDIC S.A.S GUACARÍ CRR 8 No. 8-31 BARRIO EL DORADO TEL: 2558425  
IPS RESTREPO CLL 9 No. 13-68 IPS DARIÉN CLL 11 No 5-17  
IPS ANDAUCIA CLL 12 No 6-33 IPS BUGALAGRANDE CRA 4 No 9-10  
IPS ZARZAL CRA 11 No 12-79 IPS ROLDANILLO CRA 6 No. 6-52  
CENTRO DE ESPECIALISTAS BUGA CRA 13 No. 2-28  
CENTRO DE ESPECIALISTAS TULUÁ CALLE 24 # 32-58 CENTRO DE ESPECIALISTAS CALI CRA 41 No 5B-89 IPS  
CANDELARIA CRA 7 No 10-29  
IPS PRADERA CALLE 6 No 12-47

REPORTE DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

RED INTEGRADA IPS MEDIC S A S  
NIT 900 168-679-7

Código PA-FORM-01

Versión: 2.0

Consecutivo	Fecha de recepción del PORS-F		DIA	MES	AÑO
Petición	Queja		18	01	2025
Sugerencia	Felicitación				
Carta	Presentado mediante ( MARQUE X )				
Teléfono	Personal		Buzón		X
Recibido por:	E-Mail				
Nombre del usuario			Cargo:		
Domingo Yuley Uribe Mayuera			Documento de identidad		
Dirección			Teléfono		E-Mail
Calle 35 No. 42A-15			316 382 3654		ddominiquela2@gmail.com
Profesional tratante			Especialidad		
Neumología - Laboratorio			Med. c. ps. Laboratorio		
Sede					
Descripción de su petición, queja, reclamo, sugerencia y/o Felicitación:					
Laboratorio clínico examen de gases arteriales ✓					
Es importante que en Palmira se pueda realizar este examen para el paciente y no trasladarse a otra ciudad.					
Tener al menos una persona encargada para este examen					
Trámite dado:					
Realizado					
Responsable del seguimiento:					

