## CONVOCATORIAS PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

## Localidad: Bosa (7)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Copacos Bosa | | | | | |
| **Objetivo** | Realizar cierre anual de la instancia de participación en el marco de la localidad | | | | | |
| **Fecha** | 9 de diciembre | | | | | |
| **Hora** | 2:00 pm | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | | **Mixto** | |
| **Dirección** | Casa de la participación Bosa Carrera 80k # 61- 28 Sur | | | | | |
| **Enlace** | | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | x | | **No** | | |
| | Ser parte del Copacos Bosa | | | | | |
| **Contacto organizador** | 3107992961 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Asamblea Asociación de usuarios Bosa | | | | | |
| **Objetivo** | Socializar la evaluación del plan de acción 2025 de la instancia | | | | | |
| **Fecha** | 10 diciembre de 2025 | | | | | |
| **Hora** | 09:00 am | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | x | **Mixto** | |
| **Dirección** | **Carrera 86 No. 74-50 Sur** | | | | | |
| **Enlace** | | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | x | | **No** | | |
| | Ser parte de la asociación de usuarios. | | | | | |
| **Contacto organizador** | 3107992961 | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del evento** | Junta asesora Comunitaria Bosa |
| **Objetivo** | Realizar cierre anual de la instancia. |
| **Fecha** | 15 diciembre de 2025 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hora** | 02:00 pm | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | x | **Mixto** | |
| **Dirección** | **Casa de la participación Bosa Carrera 80k # 61- 28 Sur** | | | | | |
| **Enlace** | | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | x | | **No** | | |
| | Ser parte de la asociación de usuarios. | | | | | |
| **Contacto organizador** | 3107992961 | | | | | |

## Localidad: Kennedy (8)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Asambleas COPACOS Kennedy | | | | | |
| **Objetivo** | Coordinar actividades mes de diciembre | | | | | |
| **Fecha** | Lunes 01 y 15 diciembre | | | | | |
| **Hora** | 9.00 am a 12:00 pm | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Transversal 78 K No. 41 A - 04 Sur Alcaldía Local de Kennedy | | | | | |
| **Enlace** | NA | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | | **No** | | |
| | Ser delegado activo Copacos Kennedy | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion3@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión Junta Directiva Asociación de Usuarios | | | | | |
| **Objetivo** | Evaluar plan de acción 2025 | | | | | |
| **Fecha** | 05 de diciembre | | | | | |
| **Hora** | 9:00 am | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | x | **Mixto** | |
| **Dirección** | Hospital Occidente de Kennedy | | | | | |
| **Enlace** | Por confirmar | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Requisito para participar** | **Sí** | x | **No** | |
| | Ser miembro de Junta Directiva | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion5@subredsuroccidente.gov.co | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión de Junta directiva ASOSUR | | | | | |
| **Objetivo** | Coordinar actividades para el mes de diciembre | | | | | |
| **Fecha** | Viernes 05 y 19 de diciembre 2025 | | | | | |
| **Hora** | 2:00 pm a 4:30 pm | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Carrera 80 c No 2-40 | | | | | |
| **Enlace** | NA | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | | **No** | | |
| | Ser integrante de ASOSUR | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion3@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión Comité de Ética Hospitalaria | | | | | |
| **Objetivo** | Evaluar plan de acción 2025 | | | | | |
| **Fecha** | 10 de Diciembre | | | | | |
| **Hora** | 8:00 am | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | x | **Mixto** | |
| **Dirección** | Hospital Occidente de Kennedy Transversal 74 F # 40 B 54 Sur | | | | | |
| **Enlace** | NA | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | x | | **No** | | |
| | Ser miembro del Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Sur Occidente | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion5@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión Junta Asesora Comunitaria |
| **Objetivo** | Evaluar plan de acción 2025 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** | 11 de Diciembre | | | | | |
| **Hora** | 8:00 am | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | x | **Mixto** | |
| **Dirección** | Hospital Occidente de Kennedy Transversal 74 F # 40 B 54 Sur | | | | | |
| **Enlace** | NA | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | x | | **No** | | |
| | Ser miembro de la JAC de Kennedy | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion5@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

## Localidad: Fontibón (9)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Evento de Cierre – Espacios e Instancias de Participación | | | | | |
| **Objetivo** | Brindar un espacio de cierre a las Asociaciones – COPACOS y demás Instancias de participación Social en salud | | | | | |
| **Fecha** | jueves 04 de diciembre del 2025 | | | | | |
| **Hora** | 08:00 a.m. – 12:00 p.m. | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Por confirmar lugar | | | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | | **No** | | |
| | Pertenecer a una instancia de participación social en salud. | | | | | |
| **Contacto organizador** | jefeparticipacion@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Seguimiento de Asistencia Técnica | | | | | |
| **Objetivo** | Verificar las actividades de la Oficina de Participación comunitaria – Fontibón desde la SDS de acuerdo a los lineamientos y compromisos de seguimientos anteriores. | | | | | |
| **Fecha** | jueves 04 de diciembre del 2025 | | | | | |
| **Hora** | 09:00 a.m. – 10:00 a.m. | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | X | **Presencial** | | **Mixto** | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Dirección** | https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_NjJkOGVkODEtZmQ2Yi00MTFkLWI3YWQtOTQ3NzM0YmVmZTAx%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%224ab1183e-75d6-4b87-b4b5-bfcb968c1d57%22%2c%22Oid%22%3a%229a3cfa48-88b4-4906-9874-a7d0aa556dd6%22%7d | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | **No** | |
| | Ser referente de participación comunitaria para la localidad Fontibón | | | |
| **Contacto organizador** | elpaez@saludcapital.gov.co | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Capacitación: Enfoque Diferencial OFPCSC | | | | | |
| **Objetivo** | Recibir capacitación en Enfoque Diferencial | | | | | |
| **Fecha** | viernes 05 de diciembre del 2025 | | | | | |
| **Hora** | 09:00 a.m. – 11:00 a.m. | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Asdincgo carrera 9 # 39-46 | | | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | x | | **No** | | |
| | Pertenecer a la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. | | | | | |
| **Contacto organizador** | controlsocial@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión Junta Asesora Comunitaria | | | | | |
| **Objetivo** | Realizar reunión mes de diciembre, seguimiento a los avances y actividades y evaluación plan de acción. | | | | | |
| **Fecha** | Por confirmar | | | | | |
| **Hora** | Por confirmar | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | USS Boston Carrera 104 # 20c – 31 | | | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | | **No** | | |

| | |
|---|---|
| | Pertenecer a la Junta Asesora Comunitaria de Fontibón |
| **Contacto organizador** | Participacion14@subredsuroccidente.gov.co |

## Localidad: Puente Aranda (16)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión mensual de Junta Asesora Comunitaria | | | | | |
| **Objetivo** | Coordinar actividades mes de diciembre JAC | | | | | |
| **Fecha** | Martes 2 de diciembre 2025 | | | | | |
| **Hora** | 9:00 am 11:00 am | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | | **Mixto** | |
| **Dirección** | Kra 59 No 14-44 Upa 11 de Puente Aranda | | | | | |
| **Enlace** | NA | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | | **No** | | |
| | Ser integrante de la JAC | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion3@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión de COPACOS Puente Aranda | | | | | |
| **Objetivo** | Coordinar Asamblea | | | | | |
| **Fecha** | Noviembre 07 de 2025 | | | | | |
| **Hora** | 9:00 am | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | x | **Mixto** | |
| **Dirección** | Alcaldía Puente Aranda Cl. 4 #31D-30 | | | | | |
| **Enlace** | NA | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | | **No** | | |
| | Ser delegado del COPACOS | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Contacto organizador** | participacion5@subredsuroccidente.gov.co |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión de trabajo ASOARANDA | | | | | |
| **Objetivo** | Coordinar actividades mes de diciembre con los asociados | | | | | |
| **Fecha** | Martes 9 y 16 de diciembre | | | | | |
| **Hora** | 9:00am a 12:00 pm | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | | **Mixto** | |
| **Dirección** | Carrera 60 # 4-15 Centro de Salud Trinidad Galán | | | | | |
| **Enlace** | NA | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | | **No** | | |
| | Ser integrante de ASOARANDA o invitado | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion3@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión de COPACOS Puente Aranda | | | | | |
| **Objetivo** | Realizar Asamblea | | | | | |
| **Fecha** | 14 de noviembre /2025 | | | | | |
| **Hora** | 9:00 am | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | x | **Mixto** | |
| **Dirección** | Alcaldía Puente Aranda | | | | | |
| **Enlace** | Alcaldía Puente Aranda Cl. 4 #31D-30 | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | X | | **No** | | |
| | Ser delegado del COPACOS | | | | | |
| **Contacto organizador** | participacion5@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

## CONVOCATORIAS VEEDURÍAS CIUDADANAS EN SALUD

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión Veeduría al convenio Ruta de la Salud | | | | | |
| **Objetivo** | Realizar la construcción del informe final de la Veeduría | | | | | |
| **Fecha** | Lunes 01 de diciembre del 2025 | | | | | |
| **Hora** | 2:00 p.m. a 4:30 p.m. | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Alcaldía local de Kennedy – Transv 78k # 41ª- O4 SUR | | | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | | **No** | X | | |
| | No aplica. | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion14@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión veedores PSPIC | | | | | |
| **Objetivo** | Verificar avances y realizar seguimiento a la veeduría. | | | | | |
| **Fecha** | martes 09 de diciembre del 2025 | | | | | |
| **Hora** | 09:00a.m – 12:00 p.m. | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Casa de justicia Bosa – Carrera 81d # 59-59 | | | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | | **No** | X | | |
| | No aplica | | | | | |
| **Contacto organizador** | profesionalapoyopic@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión Veeduría al contrato Contact Center | | | | | |
| **Objetivo** | Realizar seguimiento al cronograma de actividades y dar cumplimiento con la veeduría | | | | | |
| **Fecha** | Por confirmar | | | | | |
| **Hora** | Por confirmar | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Por confirmar | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | | **No** | X | | |
| | No aplica | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion14@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión veeduría Hospital Occidente de Kennedy | | | | | |
| **Objetivo** | Realizar seguimiento a la obra del Hospital | | | | | |
| **Fecha** | Por confirmar | | | | | |
| **Hora** | Por confirmar | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Hospital Occidente de Kennedy Av 1 mayo # 39-45 | | | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | | **No** | X | | |
| | No aplica | | | | | |
| **Contacto organizador** | controlsocial@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del evento** | Reunión Veeduría Centro de Salud 29 Kennedy | | | | | |
| **Objetivo** | Realizar reunión de la Veeduría | | | | | |
| **Fecha** | Por confirmar | | | | | |
| **Hora** | Por confirmar | | | | | |
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Centro de salud 29 Carrera 78 # 35-71 sur | | | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | | **No** | X | | |
| | No Aplica | | | | | |
| **Contacto organizador** | Participacion14@subredsuroccidente.gov.co | | | | | |

# DISTRITAL

## INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Este formato será utilizado para registrar la información de las convocatorias realizadas desde los diferentes procedimientos de la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.

Favor diligenciar el siguiente formato con la información por localidad y orden cronológico. Todos los campos son obligatorios.

**Nombre del evento:** En este espacio escriba el Nombre de la reunión a desarrollar, titulo corto y claro.

**Objetivo:** En este espacio escriba el Objetivo del espacio, iniciar con verbo en infinitivo, descripción corta y clara.

**Fecha:** En este espacio escribir día, mes, año, como se muestra en el ejemplo: **martes 14 de mayo de 2024**.

**Hora:** En este espacio escribir Hora inicio – hora final, como se muestra en el ejemplo: **8: 00 a.m. – 11:00 a.m.**

**Modalidad:** Marque con una X según corresponda.

**Dirección:** En este espacio escriba el Lugar y dirección, como se muestra en el ejemplo: **Secretaría Distrital de Salud, Auditorio principal, Carrera 32 N° 12 – 81**

**Enlace:** En este espacio escriba el Nombre de la aplicación y enlace de la reunión. Agregar **"No aplica"** si no tiene enlace

**Requisito para participar:** Marque con una X según corresponda. En caso de seleccionar "SI", Describa el requisito para que la ciudadanía pueda participar.

**Contacto organizador:** En este espacio escriba el Correo electrónico institucional del responsable en organizar la reunión y/o referente de la Dirección de Participación Social que actúa como enlace.

### *Ejemplo para diligenciar el formato*

| | |
|---|---|
| **Nombre del evento** | Mesa de Dialogo - Gestión de Proyectos de Inversión Local |
| **Objetivo** | Desarrollar mesa de diálogo con la Veeduría GPIL-Tunjuelito para ver la presentación y los avances del proyecto objeto de control social y seguimiento a compromisos. |
| **Fecha** | Martes 14 de mayo de 2024 |
| **Hora** | 8: 00 a.m. – 11:00 a.m. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Modalidad** | **Virtual** | | **Presencial** | X | **Mixto** | |
| **Dirección** | Oficina de Participación Comunitaria El Carmen-Calle 48 B Sur No 28-80 | | | | | |
| **Enlace** | No aplica | | | | | |
| **Requisito para participar** | **Sí** | | **No** | X | | |
| | Pertenecer a la localidad Tunjuelito | | | | | |
| **Contacto organizador** | jsgonzalez@saludcapital.gov.co | | | | | |