CONVOCATORIAS PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Localidad: Bosa (7)

Nombre del evento	Reunión JAC					
Objetivo	Coordinar acciones del mes					
Fecha	3 de noviembre de 2026					
Hora	9:00 am					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	x	**Mixto**	
Dirección	Hospital Pablo VI Cl. 63 Sur #77g-51					
Enlace	No aplica					
Requisito para participar	**Sí**	X	**No**			
	Ser miembro de la JAC					
Contacto organizador	Participacion16@subredsuroccidente.gov.co					

Nombre del evento	Asamblea Asociación de usuarios Bosa					
Objetivo	Elección tesorería					
Fecha	10 de noviembre de 2026					
Hora	9:00 am					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	x	**Mixto**	
Dirección	Hospital de Bosa					
Enlace	No aplica					
Requisito para participar	**Sí**	X	**No**			
	Pertenecer a la asociación					
Contacto organizador	Participacion16@subredsuroccidente.gov.co					

Nombre del evento	Reunión junta directiva Asociación Pablo VI					
Objetivo	Coordinar acciones del mes					
Fecha	11 de noviembre de 2026					
Hora	2:00 pm					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	x	**Mixto**	
Dirección	Hospital Pablo VI Cl. 63 Sur #77g-51					
Enlace	No aplica					
Requisito para participar	**Sí**	X		**No**		
	Pertenecer a la asociación					
Contacto organizador	Participacion16@subredsuroccidente.gov.co					

Nombre del evento	Reunión COPACOS					
Objetivo	Coordinar acciones del mes					
Fecha	24 de noviembre de 2026					
Hora	2:00 pm					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	x	**Mixto**	
Dirección	Casa de la participación Bosa					
Enlace	No aplica					
Requisito para participar	**Sí**	X		**No**		
	Ser miembro del COPACOS					
Contacto organizador	Participacion16@subredsuroccidente.gov.co					

Nombre del evento	Reunión junta directiva Asociación Pablo VI					
Objetivo	Realizar seguimiento a las acciones del mes					
Fecha	25 de noviembre de 2026					
Hora	2:00 pm					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	x	**Mixto**	
Dirección	Hospital Pablo VI Cl. 63 Sur #77g-51					

Enlace	No aplica			
Requisito para participar	**Sí**	X	**No**	
	Pertenecer a la junta directiva			
Contacto organizador	Participacion16@subredsuroccidente.gov.co			

Localidad: Kennedy (8)

Nombre del evento	Reunión de Junta directiva ASOSUR					
Objetivo	• Capacitación Derechos Humanos • Seguimiento a los compromisos de la jornada de Salud del 7 Noviembre 2026					
Fecha	Miércoles 04 de Noviembre 2026					
Hora	9:00 am a 12:00 pm					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**	
Dirección	Carrera 78 # 35 - 71 Centro de salud 29					
Enlace	NA					
Requisito para participar	**Sí**	X		**No**		
	Ser integrante de					
Contacto organizador	Participacion3@subredsuroccidente.gov.co					

Nombre del evento	Reunión Junta Directiva Asociación de Usuarios					
Objetivo	Coordinación de actividades del mes					
Fecha	05 de noviembre 2026					
Hora	9:00 am					
Modalidad	**Virtual**	x	**Presencial**		**Mixto**	
Dirección	Hospital Occidente de Kennedy					
Enlace	No aplica					
Requisito para participar	**Sí**	x		**No**		

	Ser miembro de Junta Directiva
Contacto organizador	Participacion5@subredsuroccidente.gov.co

Nombre del evento	Reunión de COPACOS Kennedy					
Objetivo	Convocar a reunión a los delegados de Copacos Kennedy para abordar los siguientes temas:					
Fecha	1. Lunes 9 de Noviembre. Lectura de necesidades para la Gerencia de la Subred y la Alcaldía Local de Kennedy • Presentación de informes de gestión por los delegados de COPACOS. 2. Lunes 23 de noviembre. Reunión de sesión Copacos Kennedy III diálogo Ciudadano con la Gerencia de la Subred y la Alcaldía Local de Kennedy.					
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 Comité de Ética Hospitalaria y Bioética					
Objetivo	Coordinación de actividades del mes					
Fecha	11 de noviembre de 2026					
Hora	8:30 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 y Bioética de la Subred Sur Occidente
Contacto organizador	Participacion5@subredsuroccidente.gov.co

Nombre del evento	Reunión con comisiones de trabajo ASOSUR						
Objetivo	• Socializar informe de gestión como Asociados a otras instancias de Participación. • Evaluar Plan de acción IV trimestre 2026						
Fecha	Miércoles 11 de Noviembre 2026						
Hora	2:00 pm a 4:30 pm						
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**		
Dirección	Carrera 78 # 35 - 71 Centro de salud 29						
Enlace	NA						
Requisito para participar	**Sí**	X		**No**			
	Ser integrante de ASOSUR						
Contacto organizador	Participacion3@subredsuroccidente.gov.co						

Nombre del evento	Reunión Junta Asesora Comunitaria Hospital de Kennedy						
Objetivo	Coordinar actividades del mes según plan de acción						
Fecha	26 de noviembre 2026						
Hora	9:00 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 Junta Asesora Comunitaria						
Contacto organizador	Participacion5@subredsuroccidente.gov.co						

Nombre del evento	Reunión Asociación de Usuarios ASUKEN
Objetivo	Coordinar actividades del mes según plan de acción

Fecha	26 de noviembre 2026					
Hora	09: 00 am					
Modalidad	**Virtual**	X	**Presencial**		**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 Asociación de Usuarios ASUKEN					
Contacto organizador	Participacion5@subredsuroccidente.gov.co					

Localidad: Fontibón (9)

Nombre del evento	Reunión Junta Directiva ASOUHFO					
Objetivo	Reunión Junta directiva					
Fecha	miércoles 04 de noviembre del 2026					
Hora	8:00 a.m. a 12:00 p.m.					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**	
Dirección	Hospital Fontibón. Carrera 99 # 16i -41					
Enlace	No aplica					
Requisito para participar	**Sí**	X	**No**			
	Pertenecer a la junta directiva de ASOUHFO					
Contacto organizador	Participacion14@subredsuroccidente.gov.co					

Nombre del evento	Reunión COPACOS Fontibón					
Objetivo	Realizar seguimiento a las actividades, según plan de acción.					
Fecha	viernes 06 de noviembre del 2026					
Hora	2:00 p.m. a 4:30 p.m.					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**	
Dirección	Hospital Fontibón. Carrera 99 # 16i -41					

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

Nombre del evento	Reunión mensual de la CLIP Fontibón					
Objetivo	Realizar seguimiento a las actividades del plan de acción y demás actividades de la CLIP					
Fecha	martes 10 de noviembre del 2026					
Hora	2:00 p.m. a 5:00 p.m.					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**	
Dirección	Alcaldía local de Fontibón (carrera 99 # 19-43)					
Enlace	No aplica					
Requisito para participar	**Sí**		**No**	X		
	No aplica					
Contacto organizador	hpedraza@participacionbogota.gov.co					

Nombre del evento	Reunión Junta Asesora Comunitaria					
Objetivo	Seguimiento a las actividades del plan de acción y compromisos					
Fecha	Jueves 26 de noviembre del 2026					
Hora	8:00 a.m. a 12:00 p.m.					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**	
Dirección	Hospital Fontibón. Carrera 99 # 16i -41					
Enlace	No aplica					
Requisito para participar	**Sí**	X	**No**			
	Estar inscrito a la JAC Fontibón					
Contacto organizador	Participacion14@subredsuroccidente.gov.co					

Localidad: Puente Aranda (16)

Nombre del evento	Reunión con Asociación de Usuarios Puente Aranda					
Objetivo	• Socialización de informes de gestión de Asociados que participan en otras instancias de Participación • Evaluación del Plan de acción 2026					
Fecha	Jueves 05 de Noviembre 2026 Martes 17 de Noviembre 2026					
Hora	9:00am a 12:00 pm					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	x	**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 mensual de Junta Asesora Comunitaria					
Objetivo	Evaluación del Plan de acción 2026					
Fecha	Martes 11 de Noviembre 2026					
Hora	9:00 am 11:30 am					
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	x	**Mixto**	
Dirección	Centro de Salud Alcalá Muzu Cra. 52 # 37 - 05 Sur.					
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	Presentación de informes de las comisiones de trabajo

Fecha	13 de noviembre de 2026					
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					

Nombre del evento	Reunión de COPACOS Puente Aranda					
Objetivo	Asamblea Ordinaria					
Fecha	26 de noviembre de 2026					
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**			**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	Reunión mensual de la Veeduría
Fecha	martes 03 de noviembre del 2026

Hora	9:00a.m – 12:00 p.m						
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**		
Dirección	Por confirmar dirección Localidad de Kennedy						
Enlace	No aplica						
Requisito para participar	**Sí**			**No**	X		
	No aplica						
Contacto organizador	Participacion14@subredsuroccidente.gov.co						

Nombre del evento	Reunión Veeduría al convenio CASA MAS Bienestar						
Objetivo	Reunión mensual de la Veeduría						
Fecha	Jueves 05 de noviembre del 2026						
Hora	8:00a.m – 12:00 p.m						
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**		
Dirección	CASA MAS BIENESTAR BOSTON Kra 104 # 20c -31						
Enlace	No aplica						
Requisito para participar	**Sí**			**No**	X		
	No aplica						
Contacto organizador	Participacion14@subredsuroccidente.gov.co						

Nombre del evento	Veeduría PSPIC						
Objetivo	Reunión mensual de la Veeduría						
Fecha	martes 17 de noviembre del 2026						
Hora	8:00a.m – 12:00 p.m						
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**	X	**Mixto**		
Dirección	Por definir dirección es en la localidad de Fontibón						
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 reunión de la veeduría y hacer seguimiento a las actividades.						
Fecha	martes 24 de noviembre del 2026						
Hora	8:00 a.m. a 12:00 p.m.						
Modalidad	**Virtual**	X	**Presencial**		**Mixto**		
Dirección	Por confirmar						
Enlace	No aplica						
Requisito para participar	**Sí**		**No**	X			
	No aplica						
Contacto organizador	Participacion14@subredsuroccidente.gov.co						

DISTRITAL

Nombre del evento						
Objetivo						
Fecha						
Hora						
Modalidad	**Virtual**		**Presencial**		**Mixto**	
Dirección						
Enlace						
Requisito para participar	**Sí**		**No**			
Contacto organizador						

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			