ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	**SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA SISTEMA DE GESTIÓN - CONTROL DOCUMENTAL FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO**	**Elaborado por: Cabildo Ambika Pijao Revisado por: Profesional Especializado ACCVSYE Aprobado por: subdirector(a) SGEYPSP**

FORMATO DE ACCIONES INDIVIDUALES EN MEDICINA ANCESTRAL E INTERCULTURAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR:		**FECHA:**		**HORA INICIAL:**		**HORA FINAL:**	

METODOLOGÍA

Objetivo

¿A través de qué medio(s) convocó a su comunidad? (marque con una equis X)

( ) Vías telefónicas
( ) WhatsApp
( ) Publicaciones en páginas de los cabildos
( ) Infografías
( ) Voz a voz
( ) Otro
¿Cuál? _____

Articulaciones Sectorial e Intersectoriales

Cabildo Indígena

( ) Autoridades Indígenas
( ) Consejos, espirales, etc
_____
( ) Otros _____
( ) Ninguno

Sector Salud

( ) Secretaria Distrital de Salud
_____
( ) Referentes o Delegados de la Política Pública Indígena
( ) Subredes Integradas de Servicios de Salud
_____
( ) EAPB
_____
( ) Centros de Salud
_____
_____
( ) Otros
_____
( ) Ninguno

Intersectorial

( ) Secretaria de Integración Social
( ) Secretaria de la Mujer
( ) Secretaria de Educación
( ) Alcaldía Local
_____
( ) ICBF
( ) Otros
_____
( ) Ninguno

Insumos

Listado de insumos ancestrales y occidentales a utilizar en la logística e implementación de la actividad

¿En función de qué actividad en salud se desarrolló la acción propia? (marque con una equis X)	
( ) Promoción de la salud ( ) Protección de la salud ( ) Prevención de la enfermedad	( ) Identificación de desarmonías y desequilibrios ( ) Tratamientos en salud ( ) Otro _____

Mencione las conclusiones de la actividad

Principales logros y dificultades encontrados en la planificación y desarrollo de la actividad	
Logros	**Dificultades**
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Proyecciones y compromisos para las siguientes jornadas

FIRMA DE EQUIPO RESPONSABLE	
PERFIL 1:	**FIRMA:**
PERFIL 2:	**FIRMA:**
PERFIL 3:	**FIRMA:**
PERFIL 4:	**FIRMA:**
PERFIL 5:	**FIRMA:**