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

**FORMATO DE ACCIONES COMUNITARIAS**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:**

| **LUGAR:** | | **FECHA:** | | **HORA INICIAL:** | | **HORA FINAL:** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**METODOLOGÍA**

**Objetivo**

**Población Convocada**

| | |
|---|---|
| ( ) Primera Infancia<br>( ) Infancia<br>( ) Adolescencia<br>( ) Juventud<br>( ) Adultez<br>( ) Vejez<br>( ) Mujeres<br>( ) Hombres<br>( ) Todos los comuneros<br>( ) Otros _____ | Motivos de Convocatoria: |

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

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

**Tema a desarrollar**

**Importancia del tema para el pueblo indígena y/o preguntas orientadoras**

**¿En función de que actividad en salud se desarrolla la acción comunitaria? (marque con una equis X)**

| | |
|---|---|
| ( ) Promoción de la salud<br>( ) Protección de la salud<br>( ) Prevención de la enfermedad | ( ) Identificación de desarmonías y desequilibrios<br>( ) Tratamientos en salud<br>( ) Otro _____ |

**Articulaciones Sectorial e Intersectoriales**

| **Cabildo Indígena** | **Sector Salud** | **Intersectorial** |
|---|---|---|
| ( ) Autoridades Indígenas<br>( ) Consejos, espirales<br>_____ | ( ) Secretaria Distrital de Salud<br>_____<br>( ) Referentes o Delegados de la Política Publica Indígena | ( ) Secretaria de Integración Social<br>( ) Secretaria de la Mujer<br>( ) Secretaria de Educación<br>( ) Alcaldías Locales |

| | | |
|---|---|---|
| (  ) Otros _____ | (  ) Subredes Integradas de Servicios de Salud _____<br>(  ) EAPB _____<br>(  ) Centros de Salud _____<br>_____<br>(  ) Otros _____ | (  ) ICBF<br>(  ) Otros _____ |

| **Insumos** |
|---|
| Listado de insumos ancestrales y occidentales a utilizar en la logística e implementación de la actividad |
| |

| **DESARROLLO** |
|---|
| |
| 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:** |