

SOLICITUD EXPOSALUD

IDENTIFICACIÓN				
INSTITUCIÓN O IGLESIA QUE SOLICITA				
DISTRITO				
SOLICITANTE				
CELULAR		CORREO		
INSTITUCIÓN QUE RESPALDA LA SOLICITUD		<input type="checkbox"/> AMAC <input type="checkbox"/> UNAC <input type="checkbox"/> IPS Adventista <input type="checkbox"/> GARSA <input type="checkbox"/> Asociación Centro Occidental <input type="checkbox"/> Región Sur Occidental		
DATOS DE LOGÍSTICA				
FECHA SOLICITADA:				
LUGAR:		¿Tienen el permiso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Aún no		
DIRECCIÓN:				
TIPO DE LUGAR:		<input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Coliseo <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Salón <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Al aire libre		
PROVISIÓN DE MESAS Y SILLAS		<input type="checkbox"/> Alquiladas <input type="checkbox"/> Prestadas <input type="checkbox"/> Usaremos las de la iglesia		
PUBLICIDAD QUE SE REALIZARÁ		<input type="checkbox"/> Volantes <input type="checkbox"/> Perifoneo <input type="checkbox"/> Voz a voz <input type="checkbox"/> Puerta a puerta <input type="checkbox"/> Anuncios de iglesia <input type="checkbox"/> Pasacalles <input type="checkbox"/> Anuncio radial <input type="checkbox"/> Televisivo <input type="checkbox"/> Publicación en periódico o similar <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna		
PUBLICO OBJETIVO		<input type="checkbox"/> Hermanos de la iglesia <input type="checkbox"/> Habitantes del Sector <input type="checkbox"/> Transeúntes <input type="checkbox"/> Otros, ¿Cuáles? _____		
RECURSO HUMANO		<input type="checkbox"/> Tenemos el personal necesario. Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Necesitamos apoyo en algunas áreas. Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Necesitamos todo el personal		
PRESUPUESTO				
DESCRIPCIÓN	DISTRITO O IGLESIA LOCAL	ASOCIACIÓN O REGIÓN	OTROS	TOTAL
INSUMOS Y SUMINISTROS				
TRANSPORTE				
ALIMENTACIÓN O REFRIGERIO				
PUBLICIDAD				
OTROS				
			GRAN TOTAL	

SEGUIMIENTO AL PROYECTO

TRABAJO PREVIO Describa brevemente que actividades se han realizado en su iglesia o institución en cuanto a salud		
ACTIVIDADES A REALIZAR	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO
	<input type="checkbox"/> Curso de cocina vegetariana	
	<input type="checkbox"/> Seminarios sobre enfermedades	
	<input type="checkbox"/> Plan para dejar de fumar	
	<input type="checkbox"/> Cursos de Hogar y Familia	
	<input type="checkbox"/> Cursos bíblicos	
	<input type="checkbox"/> Campaña evangelística	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
PLAN DE EVANGELIZACIÓN Describa brevemente cual es el plan a seguir con el fin de evangelizar a las personas que resulten interesadas		

FIRMA DEL SOLICITANTE

PASTOR DEL DISTRITO

DEPARTAMENTAL DE SALUD O
DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN

Espacio exclusivo para el comité evaluador

RESPUESTA:

COMENTARIOS:

Director Comité Evaluador