1620

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO SEPARADOR DE ACTIVIDADES
Versión: 0	Vigencia:

OBLIGACIÓN: #5. Realizar visitas domiciliarias a personas y a sujetos de interés sanitario que se ven implicadas de los eventos reportados al SIVIGILA: ETAs (enfermedades transmitidas por alimentos), agresiones por animales potencialmente trasmisores de rabia y otras zoonosis, ETV (dengue, malaria, leishmaniasis) y enfermedades de origen hídrico (enfermedad diarreica aguda, fiebre tifoidea, paratifoidea, hepatitis A) inclusive, intoxicaciones por sustancias químicas y medicamentos según SIVIGILA en el municipio de **APIA (Risaralda)**. **Producto:** Visitas a eventos SIVIGILA. **Frecuencia:** mensual, conforme al plan de trabajo pactado, con el Supervisor asignado y la coordinación de cada programa de Salud Ambiental. **Evidencia**: Fichas SIVIGILA, debidamente diligencias y cargadas al sistema de información establecido para tal fin. registro en app Epiecollect5 (censos)

SOPORTES ENTREGADOS:

SOPORTE	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIÓN
Actas de visita ATT, IVC		X		
Acta de reunión		X		
Registro Fotográfico	X			
Registros o listados de Asistencia		X		
Formatos de evaluación de capacitaciones		X		
Fichas de seguimiento SIVIGILAS	X			Investigaciones casos leishmaniosis y Malaria
Otro: cuál? _____				
Otro: cuál? _____				
Otro: cuál? _____				

CONTRATISTA RESPONSABLE: Huber A. Calle A.

HUBER ALEJANDRO CALLE AGUIRRE

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

FICHA TÉCNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA

1621

1. DATOS DE LA PERSONA GREDIDA

1. Nombres y apellidos del agredido: Betulia Mancada de Cardona

1.2 Documento de Identificación: T.I. [1] C.C. [X] R.C. [3] No. 29410096

1.3 Dirección Residencia: Mz H Casa 8 Barrio San Daniel

1.4 Teléfono: 3103942450

1.5 Lugar de atención del paciente - UPGD: E.S.E Hospital San Vicente de Paul-APIA

1.6 Fecha de agresión: 17 07 2022

1.7 Fecha de consulta: 17 07 2022

2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO

2.1 Nombres y apellidos del propietario del animal: Betulia Mancada de Cardona

2.2 Documento de Identificación: T.I. [ ] C.C. [X] No. 29410096

2.3 Departamento: Risaralda

2.4 Municipio: Apia

2.4 Dirección Residencia: Mz H Casa 8 Barrio San Daniel

2.5 Teléfono: 3103942450

2.6 Comuna/localidad: — / —

2.7 Barrio/vereda: San Daniel

3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR

3.1 Nombre del animal observado: Pepe

3.2 Especie: Felina

3.3 Raza: Mestizo

3.3 Color: Blanco-Gris

3.4 Edad: 8 años

3.5 Señas particulares: Ninguna

3.6 Sexo: MACHO [X] HEMBRA [2]

3.7 Vacunado: SI [1] NO [X] DESCONOCIDO [3]

3.8 Fecha de vacunación: DIA MES AÑO

Señale de acuerdo a lo presentado por el animal al momento de la observación

Signos	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Signos	Visita 1	Visita 2	Visita 3
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO				DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN			
CAMBIOS EN EL APETITO				ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)			
PELO ERIZADO				CONVULSIONES			
HUIDIZO				INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS			
EXCITACIÓN				PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES			
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS				ATORAMIENTO/ MANDÍBULA CAÍDA			
AGRESIVIDAD				NINGUNO	X	X	X
SIALORREA				OTRO*			
* ¿CUAL?							

Fecha de la visita	Nombre, C.C. y firma de quién atendió la visita	Nombre, C.C. y firma de quién realizo la visita
19 07 2022	Nombre C.C. Hubar A. Callot. 18533288	C.C. 24410096 Nombre Betulia Mancada
23 07 2022	Nombre C.C. Hubar A Callo A 18533288	C.C. 24410096 Nombre Betulia Mancada
26 07 2022	Nombre C.C. Hubar A. Callo t. 18533288	C.C. 24410096 Nombre Betulia Mancada

Estado del animal al final de la observación: SANO [X] ENFERMO [2] MUERTO [3]

Presentó sintomatología compatible con rabia: SI [1] NO [X]

Otras observaciónes: El animal observado no Presenta ninguna Sintomatología Compatible con el virus de la rabia, La Señora manifiesta que el accidente se produjo porque ella se le paró en la cola al gato.

Fecha notificación al médico tratante o epidemiologia	Nombre y sello del médico tratante o responsable de epidemiologia
DIA MES AÑO	

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA

1622

1. DATOS DE LA PERSONA GREDIDA

1. Nombres y apellidos del agredido: Hernando de Jesus Acevedo

1.2 Documento de Identificación: T.I. [1] C.C. [X] R.C. [3] No. 4350305

1.3 Dirección Residencia: Vereda El Arete

1.4 Teléfono: 3177869983

1.5 Lugar de atención del paciente - UPGD: E.S.E Hospital San Vicente De Paul- ARIA

1.6 Fecha de agresión: 19 | 07 | 2022

1.7 Fecha de consulta: 19 | 07 | 2022

2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO

2.1 Nombres y apellidos del propietario del animal: Jackeline Echeverry

2.2 Documento de Identificación: T.I. [ ] C.C. [X] No. 42127624

2.3 Departamento: Risaralda

2.4 Municipio: Apia

2.4 Dirección Residencia: Carrera 5 # 10-40

2.5 Teléfono: 3146264705

2.6 Comuna/localidad:

2.7 Barrio/vereda: Sector El Cruce

3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR

3.1 Nombre del animal observado: Moro

3.2 Especie: Canina

3.3 Raza: Mestizo

3.3 Color: Amarillo

3.4 Edad: 9 años

3.5 Señas particulares: Ninguna

3.6 Sexo: MACHO [X] HEMBRA [2]

3.7 Vacunado: SI [1] NO [2] DESCONOCIDO [X]

3.8 Fecha de vacunación: DÍA | MES | AÑO

Señale de acuerdo a lo presentado por el animal al momento de la observación

Signos	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Signos	Visita 1	Visita 2	Visita 3
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO				DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN			
CAMBIOS EN EL APETITO				ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)			
PELO ERIZADO				CONVULSIONES			
HUIDIZO				INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS			
EXCITACIÓN				PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES			
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS				ATORAMIENTO/ MANDÍBULA CAÍDA			
AGRESIVIDAD				NINGUNO	X	X	X
SIALORREA				OTRO*			
* ¿CUAL?							

Fecha de la visita	Nombre, C.C. y firma de quién atendió la visita	Nombre, C.C. y firma de quién realizo la visita
21 07 2022	Nombre C.C. 42127624	Nombre C.C. 18533288
25 07 2022	Nombre C.C. 42127624	Nombre C.C. 18533288
28 07 2022	Nombre C.C. 42127624	Nombre C.C. 18533288

Estado del animal al final de la observación: SANO [X] ENFERMO [2] MUERTO [3]

Presentó sintomatología compatible con rabia: SI [1] NO [X]

Otras observaciónes: El animal observado se encuentra en buen Estado de Salud y no Presento ningun Sintoma Compatible Con la rabia

Fecha notificación al médico tratante o epidemiologia: DÍA | MES | AÑO

Nombre y sello del médico tratante o responsable de epidemiologia

1623

	Departamento del Risaralda Secretaria de Salud Visita de Auditoria Sanitaria a Sujetos de Interés Sanitario Departamental
Código: 1-40-40-27-18	Versión: 0

CÓDIGO DEL MUNICIPIO: 066 - 045	NÚMERO CONSECUTIVO DEL ACTA DE VISITA:
CIUDAD Y FECHA: APIA 21-07-2022	
RAZÓN SOCIAL: Finca La Sonora	
DIRECCIÓN: Vereda Alto Manzanillo	TELEFONO Y FAX
REPRESENTANTE LEGAL: Harley Torres Duque	
OBJETIVO DE LA VISITA: SIVIGILA. Por Accidente Ofidico	
FECHA ULTIMA VISITA OFICIAL:	ANEXA COPIA ACTA DE VISITA: SI ( ) NO ( )
CONCEPTO: FAVORABLE ( ) DESFAVORABLE ( ) PENDIENTE ( )	NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA:
PLAZO REQUERIMIENTOS:	

SITUACION ENCONTRADA:

Se Visita al Paciente Para realizar Seguimiento a evento reportado en el Sivigila Por accidente Ofidico.

El Señor Manifiesta que el accidente ocurrio en labores de Agricultura Propias recolectaba Café, indicando que la serpiente Se Encontraba en un arbol de Cafe y le saltó Mordedura en el dedo Pulgar derecho, Por sus Propios Medios se dirigió a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Apia donde se realizo Tratamiento analgesico y Suministran 2 Ampollas de Suero antiofidico Polivalente, y Posteriormente se remite a la Ciudad de Pereira.

	Departamento del Risaralda Secretaria de Salud Sanitaria a Sujetos de Interés Sanitario Departamental
Código: 1-40-40-27-18	Versión: 0

El Paciente Indica que solo Presento dolor en la Zona de la Mordedura el Cual se irradió hacia la Muñeca, con la dosis aplicada empezó a Mejorar.

- En el Momento del Accidente el Señor Mata la Serpiente y la lleva Para Ser identificada en la C.S.E.I

- Se Indica observar las Zonas donde Se realiza la actividad Agrícola Para Evitar los accidentes Con las Serpientes, de igual forma se hace la recomendación de no Matarlas ya que hacen Parte del Ecosistema y cumplen labores específicas en el mismo

1625

	Departamento del Risaralda Secretaria de Salud Sanitaria a Sujetos de Interés Sanitario Departamental
Código: 1-40-40-27-18	Versión: 0

RECOMENDACIONES:

CONCEPTO:

FAVORABLE		Cumple totalmente las condiciones sanitarias.
DESFAVORABLE PARCIAL		Se dejan exigencias y se fija plazo para su cumplimiento. PLAZO: DIAS
DESFAVORABLE DEFINITIVO		No admite exigencias. Se procede a aplicar medidas sanitarias de seguridad.

APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA ( ) CUAL?

ESTA NOTIFICACION SE DEBE REALIZAR EN UN PLAZO NO MAYOR A CINCO (5) DIAS

FUNCIONARIOS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL:

Firma: Hubc. A. Calle A.	Firma:
Nombre: Hubc. Alejandro Calle	Nombre:
C.C. : 18533288	C.C. :
Cargo: TECNICO ADMINISTRATIVO TSA.	Cargo:
Institución SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	Institución

PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO:

Firma: Herley Torres	Firma:
Nombre: Herley	Nombre:
C.C. : 10022006.	C.C. :
Cargo:	Cargo:

DOCUMENTOS ANEXOS Y/O VERIFICADOS EN LA PRESENTE VISITA:

DOCUMENTOS	FECHA

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA

1626

1. DATOS DE LA PERSONA GREDIDA

1. Nombres y apellidos del agredido	1.2 Documento de Identificación											
Jhoan Sebastian Leitan Ramirez	T.I.	X	C.C.	2	R.C.	3	No.	1087551533				
1.3 Dirección Residencia	1.4 Teléfono											
Vereda La Línea	3128820279											
1.5 Lugar de atención del paciente - UPGD	1.6 Fecha de agresión				1.7 Fecha de consulta							
E.S.E. Hospital San Vicente de Paul - Apia	22	07	2022		22	07	2022					

2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO

2.1 Nombres y apellidos del propietario del animal	2.2 Documento de Identificación
No Identificado	T.I. ☐ C.C. ☐ No.

2.3 Departamento	2.4 Municipio	2.4 Dirección Residencia

2.5 Teléfono	2.6 Comuna/localidad	2.7 Barrio/vereda

3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR

3.1 Nombre del animal observado	3.2 Especie	3.3 Raza
Killer	Canino	Pitbull

3.3 Color	3.4 Edad	3.5 Señas particulares
Barcino		Barraduras

3.6 Sexo	3.7 Vacunado	3.8 Fecha de vacunación
MACHO X HEMBRA 2	SI 1 NO 2 DESCONOCIDO 3	DIA MES AÑO

Señale de acuerdo a lo presentado por el animal al momento de la observación

Signos	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Signos	Visita 1	Visita 2	Visita 3
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO				DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN			
CAMBIOS EN EL APETITO				ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)			
PELO ERIZADO				CONVULSIONES			
HUIDIZO				INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS			
EXCITACIÓN				PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES			
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS				ATORAMIENTO/ MANDÍBULA CAÍDA			
AGRESIVIDAD				NINGUNO	X	X	X
SIALORREA				OTRO*			
* ¿CUAL?							

Fecha de la visita	Nombre, C.C. y firma de quién atendió la visita	Nombre, C.C. y firma de quién realizo la visita
24 07 2022	X Nombre C.C. Orlando Cruz 5888	Nombre Hube A. Calle A. 18533288
28 07 2022	X Nombre C.C. Orlando Cruz 5888	Nombre Hube A. Calle A. 18533288
01 08 2022	X Nombre C.C. Orlando Cruz 5888	Nombre Hube A. Calle A. 18533288

Estado del animal al final de la observación	Presentó sintomatología compatible con rabia
SANO X ENFERMO 2 MUERTO 3	SI 1 NO X

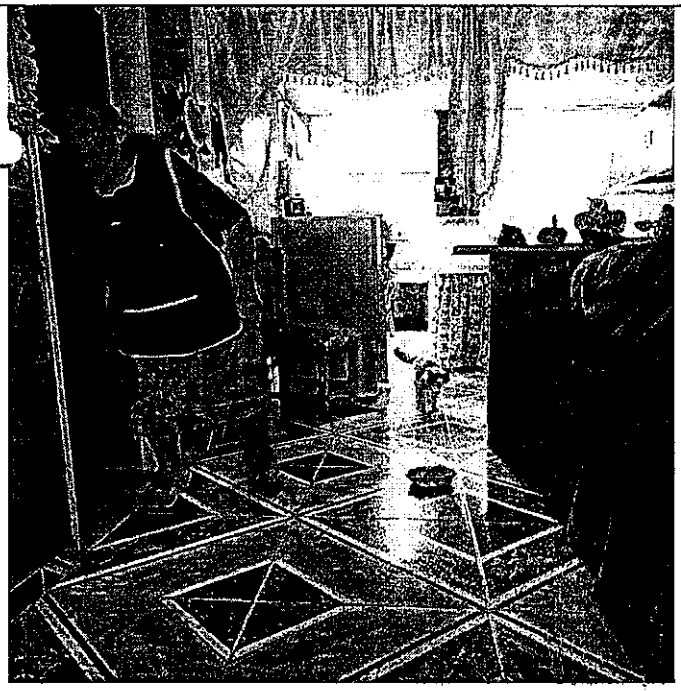
Otras observaciónes: El animal observado no Presento ningún Sintoma Compatible Con Rabia

Fecha notificación al médico tratante o epidemiologia	Nombre y sello del médico tratante o responsable de epidemiologia
DIA MES AÑO	

1627

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

ACTIVIDAD # 5: EVENTOS REPORTADOS EN EL SIVIGILA

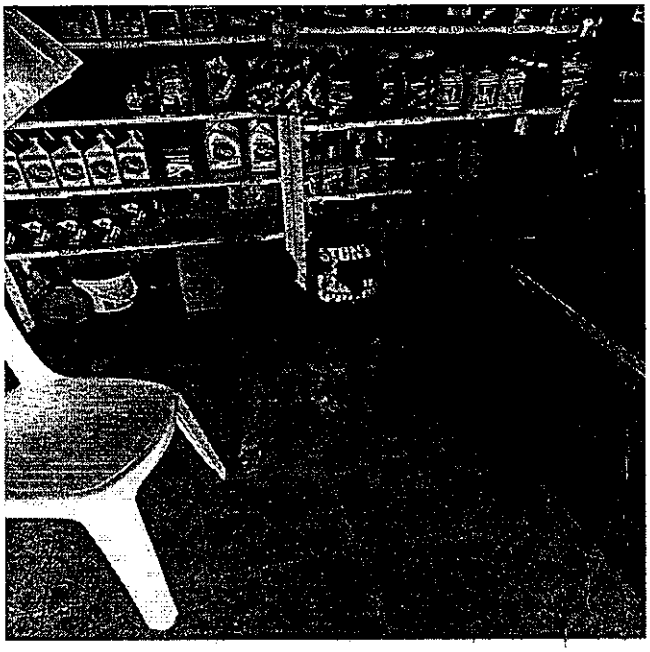


Actividad N.4
Eventos SIVIGILA
Fecha: 19,23,26-07-2022
Lugar: BARRIO SAN DANIEL



Actividad N.4
Eventos SIVIGILA
Fecha: 21-07-2022
Lugar: VEREDA ALTO MANZANILLO

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

	
Actividad N.4 **Eventos SIVIGILA** **Fecha: 24,28,01-07-2022** **Lugar: VEREDA LA LINEA**	**Actividad N.4** **Eventos SIVIGILA** **Fecha: 21,25,28-07-2022** **Lugar: VEREDA EL ARIETE**