

DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMS01.03.11.P003.F006			
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN		001	

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	14	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4310			Sam 44
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	2	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	Clinica Nueva.			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Luz Yohidri Morales Sanchez			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1005832084			EDAD	22		
DOMICILIO	Cra 20A 26A 19			BARRIO	Trebol			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3991699		
COMUNA	8										

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	sd			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd			EDAD	sd		
DOMICILIO	sd			BARRIO	sd			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	sd		
COMUNA	sd										

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD					
CANINO	☒	FELINO	☐	sd				sd				MACHO	☐	HEMBRA	☐	sd			
COLOR	sd		TAMAÑO	G	M	P	DD	MM	AA	VACUNADO POR	sd		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	sd		PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1																										
2																										
3																										

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

2-DIC-2024 :

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS	BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA		OTRA:
---	-------	--	-----------	--	------------	--	-------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

S6IGZ - Carlos Guzman

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006															
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO														VERSIÓN		001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 14		MES: 11		AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4355 Sam 45																	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 8		MES: 11		AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA:				EMI																	
A. DATOS DEL AFECTADO																													
NOMBRE Y APELLIDOS		Jesus Rosabal Taborda Espinal						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		2659207		EDAD		88															
DOMICILIO		c136A 14A 03.						BARRIO		atanasia 6.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3206998810															
COMUNA												8																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																													
NOMBRE Y APELLIDOS		Jesus Rosabal Taborda Espinal						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD																	
DOMICILIO		c136A 14A 03						BARRIO		Atanasio 6.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3206998810															
COMUNA												8																	
C. DATOS DEL ANIMAL																													
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD															
CANINO		X		FELINO				zeos				pitbull				MACHO		X		HEMBRA				24					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO									
blco. Gawn		X		M		P		18 05 24		Dra. Lancy Garcia. MP: 07629						X													
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																													
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA			
DÍA		MES		AÑO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO					
1		2		dic		24		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X Juan Mina		1006102888	
2																													
3																													
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		Provocado					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:		2- DIC - 2024 : Afectado jalo la cola del canino y este lo agredió en el brazo																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA		✓		ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:															
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																													
1. Animal sano vacunado		X		6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda																	
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																	
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor																	
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico																	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD																	
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																													
56162 - Carlos Guzman																													

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																											
DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN		001																									
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 14		MES: 11		AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4373		Sam 43																									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 21		MES: 10		AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA:				Clínica Dosa.																											
A. DATOS DEL AFECTADO																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								Luz Aida Muñoz Mancas				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31237270		EDAD		80																					
DOMICILIO								Cra 140 8-117.				BARRIO		Nacional		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		31007702630		COMUNA		3.																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								Vacina.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD		5																					
DOMICILIO								Cra 140 8-123.				BARRIO		Nacional		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		31007702630		COMUNA		3																	
C. DATOS DEL ANIMAL																																							
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD																							
CANINO		☒		FELINO				Max				mz				MACHO		☒		HEMBRA				10 m															
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO																			
Cafe Negro		☒		M		P		DD		MM		AA						X																					
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																							
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA													
DÍA		MES		AÑO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO															
1																																							
2																																							
3																																							
E. CONDICIONES SANITARIAS																SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECÉS		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		No Provocado	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																							
2 DIC 2024																: Afectada entro a la vivienda y canino la agredio brazo izquierdo																							
Seguimiento telefonico																: canino fue llevado a una finca																							
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS																BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:											
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																																							
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda																											
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																											
3. Animal no observable		X		8. Animal no estaba en casa		X		13. Dirección errada				18. Agresión por roedor																											
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico																											
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD																											
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																																							
S01E2 -Carlos Guzman																																							

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006												
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO														VERSIÓN		001										
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4526		Sum 46.												
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	15	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:				CS. Terron														
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS		Juan Manuel toro oro2co						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1105932136		EDAD		14												
DOMICILIO		c/22º 3A72						BARRIO		T. colorado		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3185201443.												
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS		sd						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		sd		EDAD		sd												
DOMICILIO		sd						BARRIO		Terron.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA												
C. DATOS DEL ANIMAL																										
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD												
CANINO	☒	FELINO	☐	sd				sd				MACHO		HEMBRA												
COLOR	sd	TAMAÑO	G	M	P	DD	MM	AA	VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL											
VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO																						
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MÁNDIBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
1																										
2																										
3																										
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No provocado				
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																										
9-DIC-2024 : Afectado iba saliendo del colegio y canino lo agredió sin causa aparente. mano derecha. colegio Jose holguin garcias.																										
Afectado termino esquema de vacunacion, mf. Priscila Orozco																										
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA		OTRA:																		
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																										
1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por murciélago		16. Menor de edad en vivienda																				
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																				
3. Animal no observable		8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor																				
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antirábico																				
5. Animal con enfermedad diferente a rabia		10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD																				
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																										
S6IEZ - Carlos Guzman																										

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																											
DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN		001																									
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 27		MES: 11		AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4527		Sem 47.																											
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 19		MES: 11		AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA:		Inv. de salud del valle.																													
A. DATOS DEL AFECTADO																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								Yeraldin Sanchez luna.		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1111543196		EDAD		18																							
DOMICILIO								Kva 44 A. 46-67. Rep. Israel		BARRIO		P. Norte.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155885199		COMUNA		2.																			
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								sd		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		sd		EDAD																									
DOMICILIO								sd		BARRIO		Rep Israel		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		sd		COMUNA		16.																			
C. DATOS DEL ANIMAL																																							
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																									
CANINO		FELINO		X		sd				sd				MACHO		HEMBRA		sd																					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDIN		CALLEJERO																			
sd		G M P		DD MM AA		sd				sd										X																			
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																							
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA													
DÍA		MES		AÑO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO																	
1																																							
2																																							
3																																							
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:				MALOS OLORES				SI NO				HECES				SI NO				ORINA				SI NO				F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:				Provocado			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																							
6-DIC-2024: Direccion errada, Afectada recibio esquema de vacunacion, fue a tocar Seguimiento al felino para llevarlo a esterilizar mano derecha telefonico																																							
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS								BUENA								ACEPTABLE								INADECUADA								OTRA:							
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																																							
1. Animal sano vacunado								6. Animal sacrificado								11. Agresión por murciélago								16. Menor de edad en vivienda															
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable								X 8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor															
4. Animal con síntomas de rabia								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antirábico								X							
5. Animal con enfermedad diferente a rabia								10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																																							
SGIEZ- Carlos Guzman																																							

ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMS01.03.11.P003.F006														
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN	001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4530		Sam 46.															
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	12	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		CS. Terron.																	
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS		Juan Francisco Riascos Perez.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1107849965		EDAD	17															
DOMICILIO		el 110 15-327.				BARRIO	Agua Caliente		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3192024277.		COMUNA	1													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS		SD				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SD		EDAD	SD															
DOMICILIO		SD				BARRIO	SD		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	SD		COMUNA	SD													
C. DATOS DEL ANIMAL																										
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD																
CANINO	☒	FELINO	☐	SD		SD		MACHO	☐	HEMERA	☐	SD														
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO													
SD	G M P		DD MM AA		SD		SD		SD				X													
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
1																										
2																										
3																										
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: PROVOcado				
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																										
9-DIC-2024 : Afectado fue a separar una pata de caninos y resulto mordido mano izquierda. Afectado recibio esquema de vacunacion																										
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA		OTRA:																		
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																										
1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por murciélago		16. Menor de edad en vivienda																				
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																				
3. Animal no observable		8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor																				
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antirrábico																				
5. Animal con enfermedad diferente a rabia		10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD																				
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																										
S61EZ- Carlos Guzman																										

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PUBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006													
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001												
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4534. Sam 47																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	19	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		farallones.																
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS	Grace Katherine. Ayura de OZ.					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1129517446		EDAD	38															
DOMICILIO	CL52W 4-27					BARRIO	flora		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3011671057.		COMUNA	2.												
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																									
NOMBRE Y APELLIDOS	Angela Valdez.					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			EDAD																
DOMICILIO	CL70A 2bis20					BARRIO			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3148597564		COMUNA													
C. DATOS DEL ANIMAL																									
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD													
CANINO	☒	FELINO	☐	SD				SD		MACHO	☐	HEMBRA	☐	SD											
COLOR	SD		TAMAÑO	G		M	P	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	DD		MM	AA	VACUNADO POR	SD											
N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO																	
				X																					
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																									
2																									
3																									
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No provocado									
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																									
9 DIC -2024: Afectada estaba en terreno y canino paso y la agredió por la izquierda sin causa aparente																									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA		OTRA:															
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																									
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda													
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis													
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor													
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico													
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD													
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																									
SGIEZ Carlos Guzman																									

 DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006													
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001												
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	27		MES:	11		AÑO:	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4535		Sem 47										
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	20		MES:	11		AÑO:	2024		UPGD QUE REPORTA:		Sura Pasoancho												
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS		Floraidy Herrera Garcia								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1022944905		EDAD		36									
DOMICILIO		c/38 39c 04						BARRIO		La base		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3127310281		COMUNA		8.							
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																									
NOMBRE Y APELLIDOS		EENA								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SD		EDAD		SD									
DOMICILIO		Kra 12c con calle 57.						BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		SD		COMUNA		SD							
C. DATOS DEL ANIMAL																									
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD											
CANINO		X		FELINO		SD				SD				MACHO		HEMERA									
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO					
SD		G M P		QD MM AA		SD				SD				SD		X									
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																									
2																									
3																									
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		No provocado	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 7-DIC 2024: Dir. errada. Afectada no sabe la direccion. canino. : Afectada realizando una encuesta y canino la agredio a traves de la raja.																									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:									
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																									
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda													
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis													
3. Animal no observable				X 8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor													
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico													
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD													
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																									
561E2 - Carlos Guzman																									

DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006														
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4536	Sem 47.														
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	20	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:				Primitivo Iglesias Z.															
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS						Purificacion Erazo Montoro.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	27075045	EDAD	76													
DOMICILIO						cl35 11052.				BARRIO	A. Girardot.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3159266348.													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS						sd				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd	EDAD	sd													
DOMICILIO						sd				BARRIO	A. Girardot.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	sd													
C. DATOS DEL ANIMAL																										
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD														
CANINO	☒	FELINO	☐	sd				sd		MACHO	☐	HEMBRA	☐													
COLOR	sd	TAMAÑO	G	M	P	DD	MM	AA	VACUNADO POR	sd	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	sd	PERMANENCIA DEL ANIMAL													
											VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO													
													X													
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1																										
2																										
3																										
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:				No provocado						
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																										
7- Dic-2024 = Afectada iba llegando a casa y canino la agredió sin causa aparente mano izquierda																										
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS					BUENA					ACEPTABLE					INADECUADA					OTRA:						
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																										
1. Animal sano vacunado					6. Animal sacrificado					11. Agresión por murciélago					16. Menor de edad en vivienda											
2. Animal sano no vacunado					7. Animal muerto					12. El responsable del animal no se encontraba en casa					17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis											
3. Animal no observable					8. Animal no estaba en casa					13. Dirección errada					18. Agresión por roedor											
4. Animal con síntomas de rabia					9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis					14. Teléfono errado					19. Paciente en tratamiento antirábico											
5. Animal con enfermedad diferente a rabia					10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)					15. Teléfono fuera de servicio					20. Notificación inmediata a UPGD											
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																										
S6162- Carlos Guzman																										

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006													
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001												
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4544 Sem 47.															
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	18	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		Joaquin Paz Borrero															
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD		26													
DOMICILIO								BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA													
Cra 8 AN. 47 AN - 32.								Olaya H.		324 616 2263.		4													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																									
NOMBRE Y APELLIDOS								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD		26													
DOMICILIO								BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA													
Cra 8 AN. 47 AN - 32										324 616 2263		4													
C. DATOS DEL ANIMAL																									
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD													
CANINO	☒	FELINO	☐	sd				sd		MACHO	☐	HEMBRA	☐	sd											
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN	CALLEJERO											
sd	G M P		DD MM AA		sd		sd																		
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																									
2																									
3																									
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:									
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																									
2. DIC 2024 = DIV errada - no atender llamada																									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:									
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																									
1. Animal sano vacunado						6. Animal sacrificado						11. Agresión por murciélago						16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado						7. Animal muerto						12. El responsable del animal no se encontraba en casa						17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable				X		8. Animal no estaba en casa						13. Dirección errada						18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de rabia						9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis						14. Teléfono errado						19. Paciente en tratamiento antirábico							
5. Animal con enfermedad diferente a rabia						10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)						15. Teléfono fuera de servicio						20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																									
S6162- Carlos Gozman																									

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PUBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006													
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001												
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4545	Sem 47.													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	23	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:				Varsalles.														
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS	Wilfred Alejandro Contreras Peralta					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Ven6388012			EDAD	14														
DOMICILIO	Avenida 2B3N 72-97				BARRIO	B. Alamos		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	317 2298109		COMUNA	2													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																									
NOMBRE Y APELLIDOS	Sd					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Sd			EDAD	Sd														
DOMICILIO	Sd				BARRIO	BARRIO NUEVO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	Sd		COMUNA	2													
C. DATOS DEL ANIMAL																									
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD													
CANINO	☒	FELINO	☐	Sd				Sd		MACHO	☐	HEMBRA	☐												
COLOR	Sd		TAMAÑO	G		M	P	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL														
Sd		G		M	P	DD	MM	AA	Sd		Sd														
PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO																			
Sd		G		M	P	DD	MM	AA	Sd		X														
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																									*Gloribeth Peralta
2																									
3																									
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:				NO, Provocad					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																									
9-DIC-2024 : Afectado estaba jugando futbol canino lo agredio sin causa aparente patorrillo izquierda pendiente 1 dosis del esquema.																									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS						BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA		OTRA:													
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																									
1. Animal sano vacunado						6. Animal sacrificado						11. Agresión por murciélago						16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado						7. Animal muerto						12. El responsable del animal no se encontraba en casa						17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable						8. Animal no estaba en casa						13. Dirección errada						18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de rabia						9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis						14. Teléfono errado						19. Paciente en tratamiento antirábico							
5. Animal con enfermedad diferente a rabia						10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)						15. Teléfono fuera de servicio						20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																									
S6IEZ - Carlos Guzman																									

DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CHILE		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																			
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001																		
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4550 Sam 47																						
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	21	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		Sura chipichapa.																						
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS	Juan Jacobo Duque Gutierrez.						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1109928139		EDAD	11																				
DOMICILIO	Cra 140 2-27.				BARRIO	San Cayetano		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3162571380		COMUNA	3.																			
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS	Angela Romero						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66974393		EDAD	49.																				
DOMICILIO	Cr 140 2-27.				BARRIO	San Cayetano		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3172951160		COMUNA	3																			
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE	OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD																				
CANINO	☒		FELINO			Tocino				mz		MACHO	☒																		
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO																			
Negro	☒ M ☐ P		9 7 24	CZ Pablo L.						☒																					
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA						
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO								
1	9	DE	24		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		* Juan Carlos Fierstein cc. 16723245 cas						
2																															
3																															
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	☒	HECES	SI	☒	ORINA	SI	☒	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: Provocado															
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:				: Afectado se acercó a besar al canino que estaba dormido y este lo agredió labio superior.																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:															
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																															
1. Animal sano vacunado				☒				6. Animal sacrificado								11. Agresión por murciélago								16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable								8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de rabia								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antirábico							
5. Animal con enfermedad diferente a rabia								10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
S6IEZ- Carlos Guzman																															

ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PUBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006														
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4554 Sam 47.																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	22	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		Clinica Nueva.																
A. DATOS DEL AFECTADO								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1111554402.	EDAD	13														
NOMBRE Y APELLIDOS		Juan Pablo Salazar. Morales.						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3136158628.	COMUNA	8														
DOMICILIO		Cra 14A 52 -47.				BARRIO		Villa Colom																		
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			EDAD															
NOMBRE Y APELLIDOS		Daymar. solar ta.						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL			COMUNA															
DOMICILIO		Cl 4a Cruz 4841				BARRIO																				
C. DATOS DEL ANIMAL								SEXO		EDAD																
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		MACHO		HEMBRA	2A													
CANINO	☒	FELINO	☐	Danger.				Pitbull stanford		☒		☐														
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO												
Cafe blanca		☒	M	P	30	10	2A	Liliana Franco Tp. 16324		☒		☒														
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BÁBEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	7	DIC	24		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		*Anthony Delgado	
2	9	DIC	24		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		*Anthony Delgado	
3	10	DIC	24		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		*Yo/guadalu	
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No Drogado												
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:															7-DIC-2024: Afectado fue de visita a la casa del canino y este lo agredió sin causa aparente											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS															BUENA	✓	ACEPTABLE		INADECUADA		OTRA:					
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																										
1. Animal sano vacunado		✓		6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda														
2. Animal sano no vacunado		✗		7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis														
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor														
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico														
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD														
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																										
S6IEZ- Carlos Guzman																										

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)															MMDS01.03.11.P003.F006		
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO															VERSIÓN	001	
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4567				Scim 47			
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	22	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		Imbanaco							
A. DATOS DEL AFECTADO																	
NOMBRE Y APELLIDOS		Monserrat Angulo Cardozo						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1241438037		EDAD		6			
DOMICILIO		C136 2BN 164.				BARRIO		P. Norte.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3218937056.		COMUNA		2.	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																	
NOMBRE Y APELLIDOS		Lina Maria Molina.						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD					
DOMICILIO		C136.2BN casa 169				BARRIO		P Norte		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3174003669		COMUNA		2.	
C. DATOS DEL ANIMAL																	
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD					
CANINO	☒	FELINO	☐	Milo				bulldog Francis -		MACHO	☒	HEMBRA	☐	S A.			
COLOR	Blanco na.		TAMAÑO	G	M	X	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	20	09	24	VACUNADO POR	Ruben Soto Tr. 151645		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL			
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																	
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA				
1	9 DIC 24	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	* Manuela Fdez	1107044613				
2																	
3																	
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	☒	HECES	SI	☒	ORINA	SI	☒	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No provocado			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																	
9-DIC-2024: Afectada llega a su vivienda, canino vecino salio y la agredio. pic izquierdo y glto. izq. sin causa aparente.																	
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA		☒		ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:			
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																	
1. Animal sano vacunado		☒		6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda					
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis					
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor					
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico					
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD					
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																	
SGIEZ - Carlos Guzman.																	

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMD501.03.11.P003.F006																											
												VERSIÓN		001																									
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO																																							
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 4		MES: 12		AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4599 Sem 48.																													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 27		MES: 11		AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA:		Unidad Urgencias cali																													
A. DATOS DEL AFECTADO																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		110856758		EDAD		15																									
DOMICILIO								BARRIO		eta Monica.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3125112281		COMUNA		2.																					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD		25																									
DOMICILIO								BARRIO		eta Helena		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3161819599		COMUNA		10																					
C. DATOS DEL ANIMAL																																							
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																									
CANINO		X		FELINO				canala				dachshund-salchicha				MACHO				HEMBRA		X		8 A															
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO																			
Cafe		G		M		X		31 Ago 24		Jorge Diaz Tp.07184						X																							
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																							
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA													
1		9 DIC 24		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				Jorge Diaz Serrano		65773009											
2																																							
3																																							
E. CONDICIONES SANITARIAS																SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		Provocado	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																							
6-DIC-2024: Direccion errada - No contesta.																																							
9-DIC-2024: Afectado afecta fue a cargar canino y este lo agredio en el labio, canina habia sido atropellada.																																							
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS																BUENA		✓		ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:											
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																																							
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda																											
2. Animal sano no vacunado		✓		7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																											
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor																											
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico																											
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD																											
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																																							
SGIEZ-Carlos Guzman																																							

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																									
				OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN 001																									
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 4		MES: 12		AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4617. Sem 48.																											
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 26		MES: 11		AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA:				EMI																											
A. DATOS DEL AFECTADO																																							
NOMBRE Y APELLIDOS						Danisse DaccaH Fiat						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31278817		EDAD		69																					
DOMICILIO						C170 Este 1B-31						BARRIO		Sta Teresita		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155746565		COMUNA		2.																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																							
NOMBRE Y APELLIDOS						Denisse DaccaH Fiat.						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD																							
DOMICILIO						C170 Este 1B-31						BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155746565		COMUNA																			
C. DATOS DEL ANIMAL																																							
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE						RAZA				SEXO				EDAD																					
CANINO		X		FELINO				Papa.						salchicha				MACHO		X		HEMBRA				3A													
COLOR				TAMAÑO				FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO															
Negro				G		M		X		DD		MM		AA						X																			
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																							
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA													
DÍA		MES		AÑO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO															
1																																							
2																																							
3																																							
E. CONDICIONES SANITARIAS														SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:				MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		No provocado	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																							
6-DIC-2024: Dirección errada.																																							
Seguimiento: Afectada fue a coger algo del suelo y canino la agredió en la mano derecha																																							
Telefonico. dado anular.																																							
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																																							
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:													
1. Animal sano vacunado														5. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda																	
2. Animal sano no vacunado														7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																	
3. Animal no observable														8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor																	
4. Animal con síntomas de rabia														9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico																	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia														10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD																	
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																																							
S6IEZ-Carlos Guzman																																							

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																			
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN		001																	
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 4	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4623. Sem 48.																								
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 29	MES: 11	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:		Carlos Holmes Trujillo																								
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS					Ingrid Julieth Popayan Cabrera					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1151963353		EDAD		27															
DOMICILIO					Cra 28Ez 72P-12.					BARRIO		Flora		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3187527208.															
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS					sd					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		sd		EDAD		sd															
DOMICILIO					sd					BARRIO		sd		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		sd															
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																	
CANINO	☒	FELINO	☐	sd				sd				MACHO	☐	HEMBRA	☐	sd															
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO														
sd	G M P		DD MM AA		sd				sd																						
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA						
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO										
1																															
2																															
3																															
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:															
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 6-DIC-2024 = Direccion errada.- No contesta. 9-DIC-2024 = Direccion errada - no contesta																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:															
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																															
1. Animal sano vacunado								6. Animal sacrificado								11. Agresión por murciélago								16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable				☒				8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de rabia								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antirábico							
5. Animal con enfermedad diferente a rabia								10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
SGIEZ - Carlos Guzman																															

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006															
DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN		001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 4		MES: 12		AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4633 Sam 48															
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 29		MES: 11		AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA:				C. Occidente.															
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS								Lidia Piedad Sanchez.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		19118264		EDAD		45									
DOMICILIO								cls3 # 3-91				BARRIO		Salomía		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3054880603		COMUNA		4					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS												N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD											
DOMICILIO												BARRIO		Yumbo		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				COMUNA							
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE								RAZA				SEXO		EDAD									
CANINO		FELINO		X														MACHO		HEMBRA							
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR								N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO			
		G M P		DD MM AA																							
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																											
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
		DÍA MES AÑO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO					
1																											
2																											
3																											
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI NO		HECES		SI NO		ORINA		SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:											
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:		7 DIC-2024: Asociada a Ficha 4632.																									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:													
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																											
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda															
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor															
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico															
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
SGT E Z - Carlos Guzman																											

 DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMS01.03.11.P003.F006													
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001												
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 4	MES: 12	AÑO: 2024			FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4632		Sam 48														
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 29	MES: 11	AÑO: 2024			UPGD QUE REPORTA:		C. Occidente.																
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS						Lida Piedad Sanchez Sanchez						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29118264	EDAD	45										
DOMICILIO						cl53#391						BARRIO	Salomia	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3054880603	COMUNA	4								
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																									
NOMBRE Y APELLIDOS												N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD											
DOMICILIO												BARRIO	Yumbo	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA									
C. DATOS DEL ANIMAL																									
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD											
CANINO	☐	FELINO	☒									MACHO	☐	HEMBRA	☐										
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO									
		G M P		DD MM AA												☒									
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																									Hermana *Carlos Sanchez
2																									
3																									
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:				Provocado					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																									
7-PIC-2024 : Afectada fue acariciar al felino y este la agredio mano. darocha accidente rabico ocurrio yumbo, afectada recibo esquema de vacunacion otro municipio.																									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS						BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA		OTRA:													
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																									
1. Animal sano vacunado						6. Animal sacrificado						11. Agresión por murciélago						16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado						7. Animal muerto						12. El responsable del animal no se encontraba en casa						17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable						8. Animal no estaba en casa						13. Dirección errada						18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de rabia						9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis						14. Teléfono errado						19. Paciente en tratamiento antirábico							
5. Animal con enfermedad diferente a rabia						10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)						15. Teléfono fuera de servicio						20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																									
S6IEZ-Carlos Guzman																									

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006															
DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN 001															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 4	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 4640		Sem 48.																				
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 28	MES: 11	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA: clinica desa.																						
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS				Marcela Patricia Toiran Rincon T7-166.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1067870279		EDAD 40															
DOMICILIO				Cra 1B # 51-36				BARRIO		Alianza		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL 3012298523		COMUNA 4													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS				Vanessa Pardo T17 165				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD															
DOMICILIO				Kra 1B 51-36 Torre 16.				BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL 3012298523		COMUNA													
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD													
CANINO	☒	FELINO	☐									MACHO		☐	HEMBRA	☐											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO									
		G M P		DD MM AA																							
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																											
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA			
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																											
2																											
3																											
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI NO		HECES		SI NO		ORINA		SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		No provocado									
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																											
7-DIC-2024: Afectada iba con su canino y otros caninos la agredieron mano derecha. Ranventos, en el apto del responsable indican no tener mascotas.																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:											
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																											
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda															
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor															
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico															
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
56162- Carlos Guzman																											

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su reproducción sin autorización del Alcalde.

RECIBIDO
ADMINISTRACION TEL 48420006
CONJUNTO RESIDENCIAL
Robles del Norte
FORMA DE QUEJEN
ATENCIÓN LA VISITA

ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMS01.03.11.P003.F006															
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN		001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	4	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4643		Sem 49															
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	1	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		clud Noe																	
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS								sharloth Mariana Flores Aguirre		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1107540455															
DOMICILIO								Avenida ante 15N11		BARRIO		Granada															
								N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3168578670		EDAD															
												2															
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS								Faber Mosquera		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD																	
DOMICILIO								Avenida ante 15N11		BARRIO																	
								N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				COMUNA															
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE								RAZA		SEXO		EDAD											
CANINO	☒	FELINO	☐											MACHO		HEMERA											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
				G	M	P	DD	MM	AA																		
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																											
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																											
2																											
3																											
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																											
Se realizó visita, edificio de apartamentos. No brindan ninguna información vía telefónica, que solo puedan atender dentro de 3 días.																											
9-DIC-2024: Renuevo.																											
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA													
														ACEPTABLE													
														INADECUADA													
														OTRA:													
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
1. Animal sano vacunado														6. Animal sacrificado													
2. Animal sano no vacunado														7. Animal muerto													
3. Animal no observable														8. Animal no estaba en casa													
4. Animal con síntomas de rabia														9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis													
5. Animal con enfermedad diferente a rabia														10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)													
														11. Agresión por murciélago													
														12. El responsable del animal no se encontraba en casa													
														13. Dirección errada													
														14. Teléfono errado													
														15. Teléfono fuera de servicio													
														16. Menor de edad en vivienda													
														17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis													
														18. Agresión por roedor													
														19. Paciente en tratamiento antirábico													
														20. Notificación inmediata a UPGD													

SGIEZ-Carlos Guzman

DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																			
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001																		
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	4	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4656		Sam 48																				
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	24	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		Imbunzo																						
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS							Jorge Eduardo Guerrero Molano			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79281313	EDAD	61																		
DOMICILIO							Cra 10 1-165°			BARRIO	San antonio	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3146304819																		
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS							Jorge Eduardo Guerrero			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79281313	EDAD	61																		
DOMICILIO							Cra 10 1-165°			BARRIO	San antonio	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3146304819																		
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD																			
CANINO		FELINO	X	ONIX				mz.		MACHO		HEMBRA	X																		
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO																	
Negro.		G M P		DD MM AA								X																			
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA						
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO								
1					✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		Isabel Guerrero 7999096226						
2																															
3																															
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No Provocado															
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 9-DIC-2024: Afectado tania cargada la felina y esta al ver un canino esta lo agredido mano izquierda																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA		✓		ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:															
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																															
1. Animal sano vacunado								6. Animal sacrificado								11. Agresión por murciélago								16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable								8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de rabia								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antirábico							
5. Animal con enfermedad diferente a rabia								10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
SGIEZ- Carlos Guzman																															

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMS01.03.11.P003.F006																															
DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO																																									
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 4		MES: 12		AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 4657										Sam 47.																									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 23		MES: 11		AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA: Imbanaco																																			
A. DATOS DEL AFECTADO																																											
NOMBRE Y APELLIDOS: Matias cotillo Hernandez.										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1150688463				EDAD: 14																													
DOMICILIO: AU2C 71W62										BARRIO: B. Alamos		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3157952458				COMUNA: 2.																											
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																											
NOMBRE Y APELLIDOS:										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				EDAD:																													
DOMICILIO: AU2C 71W62										BARRIO:		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL:				COMUNA:																											
C. DATOS DEL ANIMAL																																											
ESPECIE:		OTRO-CUAL?		NOMBRE:										RAZA:		SEXO:		EDAD:																									
CANINO		FELINO		X												MACHO		HEMBRA																									
COLOR:		TAMAÑO:		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA:		VACUNADO POR:										N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:		PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA:		ANTEJARDÍN:		CALLEJERO:																			
G		M		P		DD		MM		AA																																	
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																											
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA																	
DÍA		MES		AÑO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO																			
1																																											
2																																											
3																																											
E. CONDICIONES SANITARIAS																				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																											
9-DIC-2024: Se realizo visita C.R. Lazio, sin numero de bloque o apartamento no brinda informacion, Tel. fuera de servicio																																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS																				BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:											
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																																											
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda																															
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																															
3. Animal no observable		X		8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada		X		18. Agresión por roedor																															
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico																															
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio		X		20. Notificación inmediata a UPGD																															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																																											
S6IE2 - Carlos Guzman																																											

DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4561	Sam 47																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	18	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:				Batallon de	ASPC No 3. PS.																
A. DATOS DEL AFECTADO																												
NOMBRE Y APELLIDOS							Diego Alejandro Ariza Aldana.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1032484903	EDAD	28														
DOMICILIO							c/5 83-00				BARRIO	florasta.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3103906929	COMUNA	8												
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																												
NOMBRE Y APELLIDOS											N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD															
DOMICILIO											BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA													
C. DATOS DEL ANIMAL																												
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD														
CANINO	☒	FELINO	☐									MACHO	☐	HEMBA	☐													
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO											
	G	M	P	DD	MM	AA											X											
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																												
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA			
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1																												
2																												
3																												
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIPIEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No Provocado														
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																												
7-DIC-2024: Direccion errada - otro municipio : Afectado esta en santa rosa sur de bolivia y canino lo agredio sin causa aparente mano derecha																												
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:												
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																												
1. Animal sano vacunado								6. Animal sacrificado								11. Agresión por murciélago								16. Menor de edad en vivienda				
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis				
3. Animal no observable				X				8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor				
4. Animal con síntomas de rabia								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antirábico				
5. Animal con enfermedad diferente a rabia								10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD				
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																												
S6IEZ- Carlos Guzman																												

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)															MMDS01.03.11.P003.F006																				
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO															VERSIÓN		001																		
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	4		MES:	12		AÑO:	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4664 Sam 49																						
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	1		MES:	12		AÑO:	2024		UPGD QUE REPORTA:		Primitivo Iglesias 2.																						
A. DATOS DEL AFECTADO																																			
NOMBRE Y APELLIDOS									Mariana Gomez Moza				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1111672903		EDAD		17																
DOMICILIO									cl 48 52-39 Cra 12E 52-39 3p.				BARRIO		V. Colombia		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3142181119		COMUNA		8												
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																			
NOMBRE Y APELLIDOS									Yainer solarza				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1143831793.		EDAD		27																
DOMICILIO									cl 48 52-39 Cra 12C 48-41				BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3142181119		COMUNA		8.												
C. DATOS DEL ANIMAL																																			
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD																			
CANINO	☒	FELINO	☐	Dangur.				Pitbull stanford				MACHO		☒		HEMBRA		☐		2A															
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO															
Cafe Blanco.		☒		M		P		30		10		24		Liliana Franco				☒																	
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																			
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA									
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO												
1	7	DIC	24	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	* Ruba Solarza		Abuela afectada.								
2	9	DIC	24	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	* Anthony P. Jante										
3	10	DIC	24	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	* Anthony Jante										
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		☒		HECES		SI		☒		ORINA		SI		☒		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No Provocado.											
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																			
7-DIC-2024: Dir. errada. : Afectada fue de visita y canino la agredio en el gluteo izquierdo.																																			
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA				☒				ACEPTABLE								INADECUADA								OTRA:							
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																																			
1. Animal sano vacunado				☒				6. Animal sacrificado								11. Agresión por murciélago								16. Menor de edad en vivienda											
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis											
3. Animal no observable								8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor											
4. Animal con síntomas de rabia								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antirábico											
5. Animal con enfermedad diferente a rabia								10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD											
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																																			
S6IEZ- Carlos Guzman																																			

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																			
DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN		001																	
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:		4		MES:		12		AÑO:		2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4663		Sem 48.													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:		29		MES:		11		AÑO:		2024		UPGD QUE REPORTA:		Primitivo Iglesias.															
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS										Emilia Zapata flor.										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31886217		EDAD		62					
DOMICILIO										Cra 11F 38-19										BARRIO		Americas		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3163907544		COMUNA		8	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS																				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD							
DOMICILIO																				BARRIO		Americas		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				COMUNA		8.	
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE										RAZA				SEXO				EDAD									
CANINO		FELINO		X																MACHO		HEMBRA									
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR										N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO					
		G M P		DD MM AA																		X									
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA					
1																								Hermana		María José					
2																															
3																															
E. CONDICIONES SANITARIAS																															
SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		No provocado									
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																															
7-DIC-2024: Afectada estaba atendiendo a una persona y felino la rasguño sin intención. Felino fue regulado, estaba cachorro. Im aproximadamente.																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS																															
BUENA																															
ACEPTABLE																															
INADECUADA																															
OTRA:																															
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																															
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda																			
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																			
3. Animal no observable		X		8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor																			
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico																			
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD																			
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
S6IEZ- Carlos Guzman																															

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO ESPECIAL DE CALI
CENTRO DE ZOONOSIS
REGISTRO FICHAS DE EPIDEMIOLOGIA



TECNICO RESPONSABLE:

12/12/24

FICHA NUMERO	FECHA DE AGRESION	SEMANA	COM	ESPECIE	FECHA RECIBIDO TECNICO	FECHA PRIMERA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA SEGUNDA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA TERCERA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA RECIBIDO AUXILIAR PARA DIGITAR	VoBo MEDICO VETERINARIO
4310	02/11/2024	44	8	1	14/11/2024	02/12/2024	DIR ERRADA						
4355	08/11/2024	45	8	1	14/11/2024	02/12/2024	PROVOCADO						
4373	21/10/2024	43	3	2	27/11/2024	09/12/2024	NO PROVOCADO						
4526	15/11/2024	46	1	1	27/11/2024	22/11/2024	NO PROVOCADO						
4527	19/11/2024	47	2	2	27/11/2024	06/12/2024	PROVOCADO						
4530	12/11/2024	46	1	1	27/11/2024	09/12/2024	PROVOCADO						
4534	19/11/2024	47	2	1	27/11/2024	09/12/2024	NO PROVOCADO						
4535	20/11/2024	47	8	1	27/11/2024	07/12/2024	NO PROVOCADO						
4536	20/11/2024	47	8	1	27/11/2024	07/12/2024	NO PROVOCADO						
4544	18/11/2024	47	4	1	27/11/2024	07/12/2024	DIR ERRADA						
4545	23/11/2024	47	2	1	27/11/2024	09/12/2024	NO PROVOCADO						
4550	21/11/2024	47	3	1	27/11/2024	09/12/2024	PROVOCADO						
4554	22/11/2024	47	8	1	27/11/2024	07/12/2024	NO PROVOCADO						
4567	22/11/2024	47	2	1	27/11/2024	09/12/2024	NO PROVOCADO						
4597	27/11/2024	48	8	1	27/11/2024	07/12/2024	DIR ERRADA						
4599	27/11/2024	48	10	1	04/12/2024	09/12/2024	PROVOCADO						
4617	26/11/2024	48	2	1	04/12/2024	06/12/2024	NO PROVOCADO						
4623	25/11/2024	48	2	1	04/12/2024	09/12/2024	DIR ERRADA						
4632	29/11/2024	48	4	2	04/12/2024	07/12/2024	PROVOCADO						
4633	29/11/2024	48	4	2	04/12/2024	07/12/2024	PROVOCADO						
4640	28/11/2024	48	4	1	04/12/2024	07/12/2024	NO PROVOCADO						
4643	01/12/2024	49	2	1	04/12/2024	09/12/2024	RENUENTE						
4656	24/11/2024	48	3	2	04/12/2024	09/12/2024	NO PROVOCADO						
4657	23/11/2024	47	2	2	04/12/2024	09/12/2024	DIR ERRADA						
4561	18/11/2024	47	8	1	27/11/2024	07/12/2024	NO PROVOCADO						
4663	29/11/24	48	8	2	4/12/24	7/12/24	No Provocado						
4664	1/12/24	49	8	1	4/12/24	7/12/24	No Provocado						