



REGISTRATION INFORMATION

2001-2002

27/12/2024

4917 ✓	26-12-24	No provocado
4914 ✓	26-12-24	Tal fuera serv.
4920 ✓	26-12-24	No provocado
4923 ✓	26-12-24	No provocado
4946 ✓	27-12-24	Provocado
4935 ✓	27-12-24	No contestar
4926 ✓	27-12-24	Renuente.

 DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMD501.03.11.P003.F006																			
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN	001																		
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	18	MES	12	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4842	Sem 50																					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	14	MES	12	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA		Primitivo 2																						
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS							Marta Iliu Imbachi			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		34340023	EDAD	85																	
DOMICILIO							cl 15A # 11-05			BARRIO	Sucra.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3127053599	COMUNA	9																
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS							Marta Imbachi			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		34340023	EDAD	85																	
DOMICILIO							cl 15A 11-05			BARRIO	Sucra	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3127053599	COMUNA	9																
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD																			
CANINO	☒	FELINO		Guardian				mz		MACHO	☒	HEMERA		10 Años																	
COLOR	TAMANO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO																
Negro Blanco Perudo.	G	☒	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																															
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 provocada.											
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																															
26-DIC-2024: Afectada estaba comiendo, canino la agredió pierna derecha 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																															
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:	18	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4843	Sam 50
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	13	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	Unidad Urgencias cali	

A. DATOS DEL AFECTADO								
NOMBRE Y APELLIDOS	Daniel Jacob Ballero				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1108649252	EDAD	10
DOMICILIO	cl 45 83 D 47		BARRIO	B. Alamos.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3058229338	COMUNA	2.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL								
NOMBRE Y APELLIDOS	Fernando Caney				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd	EDAD	3 d
DOMICILIO	sd		BARRIO	Caney	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3027109771	COMUNA	sd

C. DATOS DEL ANIMAL								
ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD			
CANINO		FELINO	sd	sd	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				

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:											
23-DIC-2024 = Direccion errada - No contesta											
26 DIC-2024 = 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	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							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

 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:	18	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4845	Sam SI
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	15	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	Idime cambulos.	

A. DATOS DEL AFECTADO									
NOMBRE Y APELLIDOS						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
Domicilio						BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	COMUNA
Francina Rico Murial						Ciudad 2000		31967614	59
Cra 39A 31A 14						Cra 39A 31A 14		3162549594	20

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL									
NOMBRE Y APELLIDOS						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
Domicilio						BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	COMUNA
Diana Rico						Ciudad Modelo		3108353895	11
Cra 39A 31A 14						Cra 39A 31A 14			

C. DATOS DEL ANIMAL														
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD		
CANINO	☒	FELINO	☐	Muñeca				mz		MACHO	☐	HEMBRA	☒	124
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO
Negro B.		G		02 08 24		Juison Bocanagra.		14428		X				

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																									
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					☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒	Francina Rico M	
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:
23-DIC-2024=Afectada fonia cargada a la canina y esta la agredio mano izquierda. dedo corazon

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							
---	--	--	--	--	--	--	--

23-DIC-2024-Carlos Gorman							
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--

 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	18	MES	12	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°								4850	Sem 50								
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	14	MES	12	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA:								Surca Pasoancho									
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS		Diana Marcela Saavedra Osuna										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		65766000		EDAD		49							
DOMICILIO		Kra 113. 28-71					BARRIO		Bochaluma		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3022567541		COMUNA		rural								
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		☐		HEMBRA		☐					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDIN		CALLEJERO					
		G M P		DO MM AA																					
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		RABEO		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:																									
23-DIC-2024: No contesta llamada.																									
26-DIC-2024: No contesta 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		☒		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																									

 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:	18	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4852	Sem 50																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA:	13	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA		Emarmédica																	
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31895410	EDAD	68															
DOMICILIO								BARRIO	B. Alamos	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3053096658	COMUNA	2.														
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		sd	EDAD	sd															
DOMICILIO								BARRIO	sd	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	sd	COMUNA	sd														
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD															
CANINO		FELINO	X	sd				sd		MACHO		HEMBA		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:																											
24-DIC-2024: Dirección 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 miedo															
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																											
561E2 - Carlos Guzman																											

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI	DESA RROLLO SOCIAL SERVIDIO 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:	18	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4855	Sum 50
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	12	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	Clinica Dosa	

A. DATOS DEL AFECTADO										
NOMBRE Y APELLIDOS	Stella Quintero de Sanchez						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29560562	EDAD	81
DOMICILIO	cl 11 bis 54-30				BARRIO	Brisas de Mayo	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3159289065	COMUNA	20

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	X	sd				sd		MACHO		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:													
23-DIC-2024: Tel apagado													
26 DIC -2024: Tel apagado													

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							
---	--	--	--	--	--	--	--

SGIEZ - Carlos Guzman							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--



DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

MMDS01.03.11.P003.F006

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 18	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4859	Sem 50
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 12	MES: 12	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA	C. Sebastian Belalcazar	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Claudia Guarín	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31285146	EDAD	67		
DOMICILIO	Au7N 25-125	BARRIO	Sta Monica.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3155067666	COMUNA	2.

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	Mico.	sd	MACHO	sd			
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO
	G M P	DO 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:	Provocado
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
18-DIC-2024: Afectada estaba de viaje, se acerco acariciar, un mico araña y esto la la mordio oruga darocha, pendiente por una dosis. del esquema
Afectada no recuerda ubicación del mico.

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	5. Animal sacrificado	11. Agresión por mordeduras	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	9. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por mordor
4. Animal con síntomas de rabia	10. Animal debió observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	15. Animal agresivo (diferente a perro y gato) (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGIEZ- Carlos Guzman. -> Seguimiento Telefonico



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	18	MES	12	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4862	Sem 50
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	12	MES	12	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA	Valle del Lili	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan Camilo Navarro Guzman	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1105374497	EDAD	15		
DOMICILIO	Cra 106 12A 43	BARRIO	Urb. Ciudad Jardin	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3155668322	COMUNA	22

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Luz Helena Guzman	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD			
DOMICILIO	Cra 106 12A 43	BARRIO	Ciudad Jardin	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3155668322	COMUNA	22

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD			
CANINO	☒ FELINO	Canela	Boxer	MACHO	7A.			
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO
	☒ M					☒		

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:

26-DIC-2024 = Afectado se lo acosto encima a la cunina y esta la agredio en la nariz rasguño,

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

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		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:	18		MES:	12		AÑO:	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4863		Sam 50	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	12		MES:	12		AÑO:	2024		UPGD QUE REPORTA:		Valk del lili			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS				Karly Samanta borja. Herrada				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1232805413				EDAD		6									
DOMICILIO				cl 28 113 -57.				BARRIO				Bochalama.				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3113629710				COMUNA		rural	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				Diana Maria Herrada.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD								EDAD											
DOMICILIO				Cr 104 44 69				BARRIO								N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3122893908.				COMUNA			

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE			OTRO-CUAL?			NOMBRE			RAZA			SEXO			EDAD		
CANINO ☒ FELINO ☐						Blue.			Salchicha			MACHO ☐ HEMBRA ☐			3 m.		
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO	
Gr 19.		G M P		DIA MES AÑO								☒					

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:	No Provocado	
-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	--------------	--

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

26-01-2024 = Afectada estaba comiendo pan y canino la agredio

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS

BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA
-------	-----------	------------

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	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 alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Página 1 de 1

Página 1 de 1

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11.P003.F006	
				VERSIÓN		001									

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	18		MES:	12		AÑO:	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4865		Sem 51	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	15		MES:	12		AÑO:	2024		UPGD QUE REPORTA:		cs. terron			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS				Andy Joel Garicida. Yapes				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1111686736.				EDAD		12					
DOMICILIO				Avenida 19-72.				BARRIO				T. Colorado				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3126855224		COMUNA		1	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				Darwin				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				sd				EDAD		sd					
DOMICILIO				Avenida 19-74				BARRIO				T. Colorado				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	
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL	
sd		G M P		DÍA MES AÑO		sd		sd		VIVIENDA ANTEJARDÍN 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				
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:

23-DIC-2024: se realizo visita, direccion se ubica, en iglesia cristiana. No atienden visita, # de celular apagado.

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

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA	
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 citacion 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		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)
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 18	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4866	Sam si
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 16	MES: 12	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:	CS terron	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Cristian David Hoyos Vellejo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1193211800	EDAD	23
DOMICILIO	cl 120 44-05	BARRIO	Montebello	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	322 542 13 12
				COMUNA	rural

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	cl 120 con 44	BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	322 542 13 12	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	ANTEJARDIN	CALLEJERO
	G M P	DÍA MES AÑO				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:

26-DIC-2024 = Afectado iba con su canino y otro canino salio agrediendo, pie agredido mano derecha pie derecho.

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

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 antráxico	
5. Animal con enfermedad diferente a		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

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01 03.11 P003 F006													
														VERSIÓN		1/1											
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	18	MES	12	AÑO	2024					FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4867	Sam SI												
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	16	MES	12	AÑO	2024					UPGD QUE REPORTA		CS. Terron													
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Elda Muñoz					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		38437638				EDAD		68												
DOMICILIO		AUGAO 31-39		BARRIO		Terron Colorado				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3188761754				COMUNA		1									
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Elda Muñoz					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		38437638				EDAD		68												
DOMICILIO		AUGAO 31-39		BARRIO		T. Colorado				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3188761754				COMUNA		1									
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD													
CANINO ☐ FELINO ☒		SD		SD				SD				MACHO ☐ HEMBRA ☐		SD													
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
SD		SD		SD		SD		SD		SD		SD		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:		Provocado							
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																											
23-DIC-2024: Afectada esta separando una peluca de los caninos. y resulto agredido extremida inferior. izquierdo a la altura del tobillo																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS										BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA									
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				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)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMD501.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 18	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4869	Sam 50
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 12	MES: 12	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:	San Juan de Dios	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Gustavo Suarez Rojas.			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Van 21069524	EDAD	21	
DOMICILIO	sd		BARRIO	San Nicolas	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	sd	COMUNA	3.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Carlos.			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		sd	
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL	
sd	sd		sd		sd		sd		sd	

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BASEO		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:

19-DIC-2024: Reporte sin datos.

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

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

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	X	8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por miedo	
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antibiótico	
5. Animal con enfermedad diferente a (detallar)		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

56 I E 2 - Carlos Guzman

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11.P003.F006													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	18	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4871				Sam 50													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	14	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		clinica Nuestra.																	
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Casar Augusto Preciado Rivera						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		94457874				EDAD		48											
DOMICILIO		C/39 18-40				BARRIO		Sta Fe.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3007343110				COMUNA		8.									
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Liliana Rodriguez						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD						EDAD													
DOMICILIO		C/39 18-40				BARRIO		Sta Fe.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL						COMUNA											
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD													
CANINO		FELINO		X		Briza				mz.				MACHO		X		HEMBRA				34.					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
Blanco		X		DÍA MES AÑO								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																										Casar Augusto Preciado Rivera	
2																										94457874.	
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:		23-DIC-2024: Afectado fue a separar una rina de los felinos y resulto agredido mano derecha de do manique																									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA		X		ACEPTABLE		NO		INADECUADA					
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		X		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				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)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 18	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4873	Sam 12.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA: 22	MES: 03	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:	Sura Pasoancho	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Jaime Yamid Tacan Criollo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	114413296	EDAD	34
DOMICILIO	Au3 8 Norte si	BARRIO	Cantenario.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3145271472
				COMUNA	2.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Jaime Yamid	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	sd	EDAD	sd
DOMICILIO	AU3W 8N si	BARRIO		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	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
sd	G M P	DÍA MES AÑO	sd	sd	VIVIENDA ANTEJARDÍN 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				
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:

23-DIC-2024 = Dir. errada, no contesta
26 DIC-2024 = No contesta.

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

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	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

36 IEZ - Carlos Guzman

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11.P003.F006												
														VERSIÓN		001										
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	18	MES	12	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4874 Sem 9																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	2	MES	3	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA:		Sura pasoaicho																
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS		Christian Alexander Batancourt C					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1130683451		EDAD		36													
DOMICILIO		c/60N 2F-35		BARRIO		Ciudad Alamos		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3002051026.		COMUNA		2.												
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS		Chmstian Alexander Batancourt chavez					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1130683451		EDAD		36													
DOMICILIO		c/60N 2F-35		BARRIO		C. Alamos		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3002051026.		COMUNA		2												
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		ANTEJARDIN													
	C	M	P	DIA	MES	AÑO					☒															
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: 26- DIC-2024 = Afectado no brinda informacion. - Renuncio																										
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				
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 citacion 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				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

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMDS01.03.11 P003 F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	18	MES	12	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4885	Sum SI
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	16	MES	12	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA	CS. Tarron	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Graciela Guerrero Bolaños	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	36980036	EDAD	64
DOMICILIO	C125 8A -26.	BARRIO	T. Colorado	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	312 257 3489
				COMUNA	1

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Martha	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	C125 8A	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	312 257 3989
				COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Tyson.		MACHO	
				HEMERA	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
					VIVIENDA
					ANTEJARDIN
					CALLEJERO
					X

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BASEO	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
	DIA 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:	Provocado
---------------------------	-----------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

23-DIC-2024: Afectada entro a la vivienda del camino y esto la agredio Gluteo derecho, entro sin autorizacion,
No brinda mas informacion, por que esta viajando.

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

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

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por muerdélago	18. 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 miedo
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	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

56 ± 62 - Carlos Guzman



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01 03 11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	18	MES	12	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4886	Sem SI
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	17	MES	12	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA	CS. Terron	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Carolina Thaly Valencia Botero	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1109667868	EDAD	17		
DOMICILIO	Auso 26-70	BARRIO	T. colorado	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3172472828	COMUNA	1

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

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	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	
	DIA	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:	Provocado
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

23-DIC-2024= Afectada salio a la tienda con su canino, por quitar que su canino fuera atacado resulto agredida. extremida inferior derecha, arriba de la rodilla.

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA
---	-------	-----------	------------

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

1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por mordelago		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		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

36 IEZ - Carlos Guzman



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	18	MES	12	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4887	Sam SI				
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	15	MES	12	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA:	clinica Nuestra.					
A. DATOS DEL AFECTADO													
NOMBRE Y APELLIDOS	Jhon Jairo Chica Gaviria.					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	16768997	EDAD	55				
DOMICILIO	cl 36 20-20		BARRIO	Sta Fe.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3104448412	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		mz.		MACHO HEMBRA		sd				
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO				
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
	DIA MES AÑO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
1													Astnd Vargm
2													66858832
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:													
23-DIC-2024: Afectado se estaba despidiendo y canino lo agredió mano derecha. accidente rabico ocurrio trujillo valle, canino pertenecia a unos vecinos de sus familiares. Otros municipio													
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS													
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 antirrábico							
5. Animal con enfermedad diferente a		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													
56 IEZ- Carlos Guzman													



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	18	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4894	Sam 50
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	8	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:	Colsubsidio	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Daniela Garcia Palmito			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1110294955	EDAD	17
DOMICILIO	Cra 12B 57-45	BARRIO	La basa.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3183930558.	COMUNA	8.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Daniela Garcia Palmito			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1110294955	EDAD	17
DOMICILIO	Cra 12B 57-45	BARRIO	La basa.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3183930558	COMUNA	8.

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD			
CANINO ☒ FELINO ☐		ONIX.	Siberiano	MACHO ☒ HEMBRA ☐	4 años			
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO
Blanco Gris	X					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:

24-DIC-2024: Afectada fue a separar una rina entre caninos y resulto agredida mano derecha.
Afectada y su canino viven en vecindario jamundi otro municipio.

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

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 antirrábico	
5. Animal con enfermedad diferente a		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

SEI EZ - Carlos Guzman



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 18	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4896	Sam 50
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 11	MES: 12	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:	Sura pasoancho	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Ana Patricia Orjuela Gomez.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66927005	EDAD	49
DOMICILIO	Cra 13 43-16	BARRIO	chapinero	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	310 423 73 98
				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 ☐	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
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:

23-DIC-2024: No conozco al afectado en la dirección del reporte; - No atiendo llamada

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

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	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

SOIEZ- Carlos Guzman

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11.P003.F006																	
														VERSIÓN		001															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DIA: 18	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4912		Sam 50																						
FECHA ACCIDENTE RABIO		DIA: 9	MES: 12	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:		CS siloe																								
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS					Graciela Ruiz Meneses.					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			66901277		EDAD		58														
DOMICILIO					cl 110 46B-06			BARRIO		lleras camargo			N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL		3188946736		COMUNA		20												
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS					sd					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			sd		EDAD		sd														
DOMICILIO					sd			BARRIO		sd			N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL		sd		COMUNA		sd												
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-QUAL?		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		ANTEJARDIN		CALLEJERO															
sd						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					
	DIA	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: 23-DIC-2024: No contesta. 26-DIC-2024: no contesta.																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA									
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								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																															
SGEZ - Carlos Guzman																															

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11.P003.F006																	
														VERSIÓN		001															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DIA:	18	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4913 Sam 50																					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DIA:	11	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		CS. Terron colorado																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Laura Valentina Daza Ierma.					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1193074312		EDAD		22																		
DOMICILIO		cl44 sc 24		BARRIO		Vista hermosa		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3187964532		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 ☐ HEMBRA ☐																							
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN																	
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					
	DIA	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: 26- DIC -2024 : Afectada iba pasando y canino la agredio sin causa aparente mano izquierda. accidente rabico ocurrio Barrio terron colorado com 1																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA									
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								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) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11.P003.F006			
											VERSIÓN		001			

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 18	MES: 12	AÑO: 2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4917. Sam 50	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 11	MES: 12	AÑO: 2024	UPGD QUE REPORTA:		Eso siloe.	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Carman Rosa Toban Mapayo			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31459695			EDAD	58		
DOMICILIO	Callejon Villa Carmelo			BARRIO	Sirana.			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3154246124		
		casa 17.					COMUNA			rural	

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		
		sd					COMUNA			sd	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	☒ FELINO	sd		sd		sd		MACHO		sd	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	
sd	G M P	DÍA MES AÑO		sd		sd				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				
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:
26-DIC-2024: Afectada iba caminando y canino la agredió sin causa aparente. Pierna izquierdo, puntante 2 dosis. del esquema.

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

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 antirrábico	X
5. Animal con enfermedad diferente a		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

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Página 1 de 1

 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: 18	MES: 12	AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4919 Sam 49																							
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 5	MES: 12	AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA:																									
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Wilmar Antonio Aronas Medina				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1005867080				EDAD		26																	
DOMICILIO		Kra 47 6B13		BARRIO		Siloa		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3128812419		COMUNA		20																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Wilmar Medina				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1005867080				EDAD		26																	
DOMICILIO		Kra 47 6B13		BARRIO		Siloa		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3128812419		COMUNA		20																	
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD																					
CANINO		FELINO		X		Ed		Ed		MACHO		HEMBRA		Ed																	
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN																	
Ed		G M P		DIA MES AÑO		Ed																									
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:																															
26-DIC-2024: Telefono fuera de servicio.																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA									
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								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																															
SGTEZ - Carlos Guzman																															



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	18	MES	12	AÑO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4420	Sam 50
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	10	MES	12	AÑO	2024	UPGD QUE REPORTA	CS. siloe.	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	German Antonio Taborda Perez			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	14987478	EDAD	77	
DOMICILIO	Sector	la rochela.	BARRIO	Villacarmelo	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	318 4066990	COMUNA	rural

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Liliana Fernandez		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	14987478	EDAD
DOMICILIO	Sector la rochela	BARRIO	Villacarmelo	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	318 4066990
				COMUNA	rural

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE			OTRO QUALY			NOMBRE			RAZA			SEXO			EDAD									
CANINO	☒	FELINO	SD			SD			Pitbull			MACHO			HEMERA			SD						
COLOR		TAMANO		FECHA VIG. ANTIRÁBICA			VACUNADO POR			N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL			PERMANENCIA DEL ANIMAL			VIVIENDA			ANTECEDENTES			CAUSE JERGO		
Blanco Negro		X					SD			SD						X								

D. VALORACIÓN SÉNEALOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACION			PERDIDA DE APETITO		INCOORDINACION		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BASEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVICIOSIDAD		MANEJABLE SUelta		PEREZUJOSIDAD		PARALISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DIA	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	NO Provocado
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------	--------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

26- DIC - 2024 : Afectado estaba trabuando y canino lo agradio en la mano, izquierda, canino estaba suolto sin bosal.
datos del responsable del animal errados.

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

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	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

SGTG2 - Carlos Guzman



MUNICIPALIDAD DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

VERSION

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS
DIA 18 MES 12 AÑO 2024
FECHA ACCIDENTE RABICO
DIA 12 MES 12 AÑO 2024

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 4446 Sem 50
UPGD QUE REPORTA

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS Maria Eugenia Herrera Morales N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 42083493 EDAD 52
DOMICILIO cl48 109-83 BARRIO N° DE TELEFONO Fijo 3152477233 DOMINA 22

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS Maria Eugenia Morales N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 42083493 EDAD 52
DOMICILIO cl48 109-83 BARRIO N° DE TELEFONO Fijo 3152477233 DOMINA 22

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE OTRO-CUAL NOMBRE RAZA SEXO EDAD
CRINO FELINO X ORO MZ. MACHO X HEMBRA 19 años 9m
COLOR TAMAÑO FECHA VAC. ANTIRRABICA VACUNADO POR N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL PERMANENCIA DEL ANIMAL VIVIENDA ANTEJARDIN CALLEJERO
Perrodo X F DIA MES AÑO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		COORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		SABED		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INJUSTADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATENDE LA VISITA
	DIA	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:

27- DIC-2024: Afectada felina felino en sus brazos cuando esta fallecio. y resulto agradida, antebrazo izquierdo.

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS

BUENA

ACEPTABLE

INADECUADA

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

1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado	X	11. Agresión por mordelago		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 antirrábico	
5. Animal con enfermedad diferente a:		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

36162- Carlos Guzman

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PUBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION (MIPG) OBSERVACION DE ACCIDENTES RABICOS EN DOMICILIO										MMDS01 03 11 P003 F008										
														VERSION	001									
FECHA REGISTRO EN CENTRO DE ZOONOSIS		DIA	18	MES	12	ANO	2024	FECHA EPIDEMIOLOGICA N°		4926 Sem 50														
FECHA ACCIDENTE RABICO		DIA	12	MES	12	ANO	2024	UNSO QUE REPORTA		Dura chipichape														
A. DATOS DEL AFECTADO																								
NOMBRE Y APELLIDOS		Juan David Escamilla Trujillo					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1007522237		EDAD		22											
ESTRUCTURA		Cra 28		30-70		BARRIO		Nacional		N° DE TELEFONO Fijo/Celular		3224976379												
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																								
NOMBRE Y APELLIDOS		sd					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		sd		EDAD		sd											
DOMICILIO		sd					BARRIO		sd		COMUNA		sd											
C. DATOS DEL ANIMAL																								
Especie		OTRO CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		MALE		FEMEA												
CANINO		☒		FELINO		sd		sd		sd		sd												
COLOR		TAMANO		FECHA VAC. ANTERIOR		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA												
sd		sd		sd		sd		sd		sd		sd												
D. VALORACION SIGNOLOGIA																								
VISITA	FECHA DE OBSERVACION		PERDIDA DE APETITO		INCOORDINACION		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDIBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARALISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DIA	MES	ANO	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 AGRESION:	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 26-DIC-2024: No contesta, - Div errada. 27-DIC-2024: Afectado se encuentra laborando - No brinda informacion. Ranvanto.																								
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS BUENA ACEPTABLE INADECUADA																								
H. RESULTADO DE LA OBSERVACION (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																								
1. Animal sano vacunado		3. 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		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																								
SE I E Z - Carlos Guzman.																								

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMD501.03.11.P003.F006																	
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	18	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4923		Sam # 50																			
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	12	MES:	12	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		CS. S. l. oo.																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Andros David Jaramillo Bobadilla						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1107053770		EDAD 35																			
DOMICILIO		Manzana 6. casa 14		BARRIO		Sirana.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155815540		COMUNA rural																			
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Andros David Jaramillo						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		35		EDAD 35																			
DOMICILIO		Manzana 6. casa 14		BARRIO		Sirana		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155815540		COMUNA rural																			
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD																					
CANINO ☒ FELINO ☐				Toby		Rottweiler. mz		MACHO ☐ HEMBRA ☐		24.																					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA ANTEJARDÍN CALLEJERO																			
Cafe		X M P		DÍA MES AÑO						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:		No Provocado.	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:														26-DIC-2024 = Afectado fue atacado sin causa aparente en el brazo derecho, ca)																	
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA													
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 antirrábico																			
5. Animal con enfermedad diferente a				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																															
S6EEZ- Carlos Guzman																															

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11.P003.F006																	
														VERSIÓN		001															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	18	MES	12	ANO	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4935 Sem 50																					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	12	MES	12	ANO	2024	UPGD QUE REPORTA:		CS. Siloe.																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Alba Maria Torres.					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		27275201		EDAD		81																		
DOMICILIO		c/7° 40B-18.		BARRIO		Siloe.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3117294507.		COMUNA		20																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Manual					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		sd		EDAD		sd																		
DOMICILIO		c/7° 40 22		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		TAMANO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN																	
sd				LNA MES AÑO		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	ANO	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: 26-DIC-2024: No contesta. 27-DIC-2024 : No contesta																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA									
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								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																															
SEIEZ - Carlos Guzman																															