



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

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

TECNICO RESPONSABLE: CARLOS GUZMAN

12/12/24

FICHA NUMERO	FECHA DE AGRESION	SEMANA	COM	ESPECIE	FECHA RECIBIDO TECNICO	FECHA PRIMERA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA SEGUNDA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA TERCERA VISITA	OBSERVACIONES	FECHA RECIBIDO AUXILIAR PARA DIGITAR
4307	11/07/2024	45	1	1	17/12/2024	02/12/2024	NO CONTESTA					
4308	06/11/2024	45	1	1	14/12/2024	02/12/2024	TEL FUERA DE SERVICIO					
4313	07/11/2024	45	1	1	14/11/2024	02/12/2024	DIR ERRADA					
4314	07/11/2024	45	1	2	14/11/2024	02/12/2024	NO CONTESTA					
4337	09/11/2024	45	8	2	14/12/2024	02/12/2024	DIR ERRADA					
4345	08/11/2024	45	4	1	14/11/2024	02/12/2024	PROVOCADO					
4513	24/11/2024	48	2	2	27/11/2024	05/12/2024	DIR ERRADA					
4555	21/11/2024	47	1	1	27/11/2024	11/12/2024	NO PROVOCADO					
4556	20/11/2024	47	1	1	27/11/2024	11/12/2024	PROVOCADO					
4618	27/11/2024	48	1	2	04/12/2024	01/11/2024	NO PROVOCADO					
4682	23/11/2024	47	1	2	04/12/2024	11/12/2024	PROVOCADO					
4684	25/11/2024	48	1	1	04/12/2024	11/12/2024	NO PROVOCADO					
4685	27/11/2024	48	1	1	04/12/2024	11/12/2024	DIR ERRADA					
4683	25/11/2024	48	1	1	04/12/2024	11/12/2024	PROVOCADO					
4686	21/11/2024	47	1	2	04/12/2024	10/12/2024	NO OBSERVABLE					

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CHILE		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA										MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																																																																	
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO																										VERSIÓN		001																																																											
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS				DÍA:		14		MES:		11		AÑO		2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4307				scm 45																																																															
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:				DÍA:		11		MES:		7		AÑO		2024		UPGD QUE REPORTA:				cs. Terron																																																																			
A. DATOS DEL AFECTADO																																																																																							
NOMBRE Y APELLIDOS												Oswaldo Fermin Nuñez Herrera										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				16722274				EDAD		58																																																							
DOMICILIO												AUGO 13-53										BARRIO		T Colorado				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3187367171				COMUNA		1																																																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																																																																							
NOMBRE Y APELLIDOS												Oswaldo Fermin Nuñez										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				16 722274				EDAD		58																																																							
DOMICILIO												AUGO 13-53										BARRIO						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				318 736 7171				COMUNA		1																																																	
C. DATOS DEL ANIMAL																																																																																							
ESPECIE				CANINO				X				FELINO				OTRO-CUAL?				NOMBRE				SD				RAZA				SD				SEXO				MACHO				HEMBRA				EDAD				SD																																			
COLOR				SD				TAMAÑO				G				M				P				FECHA VAC. ANTIRRÁBICA				DD				MM				AA				VACUNADO POR				SD				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				SD				PERMANENCIA DEL ANIMAL				SD				VIVIENDA				SD				ANTEJARDÍN				SD				CALLEJERO				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																																											
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:																																																																																							
1-DIC-2024: NO contesta buzón de voz																																																																																							
2-DIC-2024: NO contesta buzón de voz.																																																																																							
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																																																																																							

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006															
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN		001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:		14		MES:		11		AÑO:		2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4308		som 45									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:		6		MES:		11		AÑO:		2024		UPGD QUE REPORTA:		CS. Terron.											
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Maria Sofia Angel										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31534918		EDAD		S3									
DOMICILIO		cl 17 13 A 17.										BARRIO		T. Colorado		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3507862209		COMUNA		1					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Maria Sofia Angel										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31534918		EDAD		S3									
DOMICILIO		cl 17 13 A 17										BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3507862209		COMUNA		1					
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?				NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD															
CANINO		☒		FELINO				SD		SD		MACHO		HEMBRA		SD											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
SD		G M P		DD MM AA		SD		SD		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			
1																											
2																											
3																											
E. CONDICIONES SANITARIAS																											
SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:							
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																											
2-DIZ 2024: Tel Fuera de Servicio.																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS																											
BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA		OTRA:																					
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																											
1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por murciélago		16. Menor de edad en vivienda																					
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																					
3. Animal no observable		8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor																					
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antirábico																					
5. Animal con enfermedad diferente a rabia		10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD																					
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
S6IEZ - Carlos Guzman																											

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)															MMDS01.03.11.P003.F006														
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO															VERSIÓN		001												
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	14	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4313 sam 45																			
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	7	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		CS terron																			
A. DATOS DEL AFECTADO																													
NOMBRE Y APELLIDOS								Omar Diaz Diaz				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		16754967		EDAD		55											
DOMICILIO								PJS 25 bis - 25				BARRIO		Terron C.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3148447181											
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																													
NOMBRE Y APELLIDOS								Vecina sd				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		sd		EDAD		sd											
DOMICILIO								sd				BARRIO		sd		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		sd											
C. DATOS DEL ANIMAL																													
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD													
CANINO	☒	FELINO	☐	sd				sd				MACHO		☐		HEMBRA		☐											
COLOR	sd		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO								
	sd		G M P		DD MM AA		sd				sd				sd		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:					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																													
2 Dic 2024 #telefono portatenga afectada hermana del afectada, Direccion errada.																													
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																													
SGGIEZ - Carlos Gozman																													

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)												MMDS01.03.11.P003.F006													
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO																		VERSIÓN		001									
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:		14		MES:		11		AÑO:		2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4314		Sam 45											
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:		7		MES:		11		AÑO:		2024		UPGD QUE REPORTA:		CS. Terron													
A. DATOS DEL AFECTADO																													
NOMBRE Y APELLIDOS		Nancy Patricia Buenaventura. Novoa										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52106815		EDAD		52											
DOMICILIO		Av 14' 02 820						BARRIO		Aguacatal		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3217413711		COMUNA		1											
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		X														MACHO				HEMBRA					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR										N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO					
		G		M		P		DD		MM		AA																	
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																													
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA			
		DÍA		MES		AÑO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO			
1																													
2																													
3																													
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:							
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																													
1-DIC-2024: Buzon de voz - No contesta																													
2 DIC 2024: Buzon de voz - 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 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																													
SGTEZ - Carlos Guzman																													

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)															MMDS01.03.11.P003.F006														
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO															VERSIÓN		001												
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS			DÍA: 14		MES: 11		AÑO: 2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°			4337. Sum 45																	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:			DÍA: 9		MES: 11		AÑO: 2024		UPGD QUE REPORTA:			Imbana co.																	
A. DATOS DEL AFECTADO																													
NOMBRE Y APELLIDOS									Alaia Lardo zambrano			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1232827298		EDAD		1											
DOMICILIO									cl60B 107-148 Apt 308.			BARRIO		Primitivo C.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155223034		COMUNA		8							
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																													
NOMBRE Y APELLIDOS									IVONNE MARTINEZ.			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD													
DOMICILIO									cl60B 107 148.			BARRIO		SD		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155223034		COMUNA									
C. DATOS DEL ANIMAL																													
ESPECIE			OTRO-CUAL?			NOMBRE			RAZA			SEXO			EDAD														
CANINO			FELINO			X			SD			SD			MACHO			HEMBRA			SD								
COLOR			TAMAÑO			FECHA VAC. ANTIRRÁBICA			VACUNADO POR			N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL			PERMANENCIA DEL ANIMAL			VIVIENDA			ANTEJARDÍN			CALLEJERO					
SD			G M P			DD MM AA			SD			SD																	
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																													
2																													
3																													
E. CONDICIONES SANITARIAS					SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:			MÁLOS OLORES			SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																													
2-DIC-2024:																													
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS																													
BUENA					ACEPTABLE					INADECUADA					OTRA:														
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																													
1. Animal sano vacunado					6. Animal sacrificado					11. Agresión por murciélago					16. Menor de edad en vivienda														
2. Animal sano no vacunado					7. Animal muerto					12. El responsable del animal no se encontraba en casa					17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis														
3. Animal no observable					8. Animal no estaba en casa					13. Dirección errada					18. Agresión por roedor														
4. Animal con síntomas de rabia					9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis					14. Teléfono errado					19. Paciente en tratamiento antirábico														
5. Animal con enfermedad diferente a rabia					10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)					15. Teléfono fuera de servicio					20. Notificación inmediata a UPGD														
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																													
SGTCZ - Carlos Guzman.																													

 DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																			
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO																VERSIÓN 001															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	14	MES:	11	AÑO:	2024					FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4345 Sam 45																	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	8	MES:	11	AÑO:	2024					UPGD QUE REPORTA:		clinica del occidente																	
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS								Luis Peña				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1454 792		EDAD		88													
DOMICILIO								Cra 186 7-26.				BARRIO		Popular.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		316 8610668.		COMUNA		4									
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS								Lizana Castro				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD															
DOMICILIO								Cra 186 7-26.				BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3104532954		COMUNA		4									
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD															
CANINO	☒	FELINO	☐	Dino				Pitbull				MACHO		☒		HEMBRA		☐		114											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
cafe.		☒		M		P		DD		MM		AA						☒													
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA 1		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: 2-DIC-2024 : Afectado fue a bajar al canino de y este lo agredió otros municipio yombo. - ciudad ecabinas.																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS								BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:											
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																															
1. Animal sano vacunado								6. Animal sacrificado								11. Agresión por murciélago								16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable								☒								8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada				18. Agresión por roedor			
4. Animal con síntomas de rabia																9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico			
5. Animal con enfermedad diferente a rabia																10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD			
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
SGIEZ- Carlos Guzman.																															

 DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006															
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN		001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	27		MES:	11		AÑO:	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4513 Sam 48														
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	24		MES:	11		AÑO:	2024		UPGD QUE REPORTA:		Sura chipichape.														
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Eliana fernanda Aguirre.						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		66 727 385		EDAD		48													
DOMICILIO		cls8N 3HN. 119						BARRIO		flora.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		604 200 2618.													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Eliana fernanda Aguirre.						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		66 727 385		EDAD		48													
DOMICILIO		cls8N 3HN 119						BARRIO		flora		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		604 200 2618													
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD													
CANINO		FELINO		X		sd				sd				MACHO		HEMBRA											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA											
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	
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:																											
5-DIC-2024 = Tel fuera de servicio. - Direccion se ubica condominio los arroyanos.																											
10-12-2024 sin # de casa no brindan informacion.																											
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																											
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda															
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable		X		8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada		X		18. Agresión por roedor															
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico															
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
SGI E Z - Carlos Guzman																											

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																																																									
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN		001																																																							
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				4555 Sem 47.																																																									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	21	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:				CS Terron																																																									
A. DATOS DEL AFECTADO																																																																					
NOMBRE Y APELLIDOS						Abelardo Antonio Suarez Valencia						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1421004		EDAD		88																																																			
DOMICILIO						cl 9 15-25						BARRIO		Aguacatal		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3113690001		COMUNA		1																																															
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																																																					
NOMBRE Y APELLIDOS						Sonica Diaz.						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD																																																					
DOMICILIO						cl 9 15-25-AUSO						BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3113690100		COMUNA		1																																															
C. DATOS DEL ANIMAL																																																																					
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE						RAZA				SEXO				EDAD																																																			
CANINO		☒		FELINO				chase						M2				MACHO		☒		HEMBRA				5 A.																																											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR						N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO																																															
Negro cafe		☒		M		P		DD		MM		AA								X																																																	
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																																																					
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA																																											
		DÍA		MES		AÑO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO																																											
1																																																																					
2																																																																					
3																																																																					
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:				MALOS OLORES				SI				NO				HECES				SI				NO				ORINA				SI				NO				F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:				No Drovocada																					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																																																					
11-Dic-2024: Afectado estaba ayudando a mover unas sillas y canino lo agredio sin causa aparente																																																																					
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA														ACEPTABLE														INADECUADA														OTRA:													
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																																																																					
1. Animal sano vacunado														6. Animal sacrificado														11. Agresión por murciélago														16. Menor de edad en vivienda																											
2. Animal sano no vacunado														7. Animal muerto														12. El responsable del animal no se encontraba en casa														17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																											
3. Animal no observable														8. Animal no estaba en casa														13. Dirección errada														18. Agresión por roedor																											
4. Animal con síntomas de rabia														9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis														14. Teléfono errado														19. Paciente en tratamiento antirábico																											
5. Animal con enfermedad diferente a rabia														10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)														15. Teléfono fuera de servicio														20. Notificación inmediata a UPGD																											
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																																																																					
SGIEZ-Carlos Guzman																																																																					

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

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	27		MES:	11		AÑO:	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4556		Sem 47	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	20		MES:	11		AÑO:	2024		UPGD QUE REPORTA:		CS. Terron			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD						EDAD	
Nicol Yuried Jaimas Quiroga						Ven7278785						18	
DOMICILIO						BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA			
AUGO 9-30. montaballo						Terron C.		3214710575		1			

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD				
CANINO	☒	FELINO	☐	Gabriel				mz-				MACHO	☒	HEMBRA	☐	1A-6m.		
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO
Negro		☒		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:	Provocado	
-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------	--

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

10-12-2024: Direccion errada. no contesta- buzón de voz

11-12-2024: Afectada es cuidadora de caninos, hubo una rina por separarlos resulto agredido brazo derecho

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS

BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA	OTRA:
-------	-----------	------------	-------

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

S6IEZ- Carlos Guzman

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006															
DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001														
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA:	4	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4618	Sem 48																	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA:	27	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		EM1																		
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS	Jaquín Correa Iopera sta						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1104852774		EDAD	11 m.																
DOMICILIO	AUI50 19-130				BARRIO	Aguacatal		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3041126298.		COMUNA	1															
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS	Willian Correa						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			EDAD																	
DOMICILIO	AUI50 19-130				BARRIO			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3041126298		COMUNA	1															
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE	OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD																
CANINO		FELINO	X		felix				mz.		MACHO	X	HEMBRA		1 A 6 m.												
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO														
Blanco N.	G	X	P	30	DIC	27	fernando losada Tr	24361		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	11	12	24		✓		✓		✓	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		* Ma. Del Mar Iopera V		Cc. 1144054141	
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:																											
11-DIC-2024: Al felino le pisaron la cola por accidente, y mordió al niño agravación múltiple cura espalda.																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS		BUENA		✓		ACEPTABLE				INADECUADA				OTRA:													
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																											
1. Animal sano vacunado		✓		6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda															
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor															
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirábico															
5. Animal con enfermedad diferente a rabia				10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
SGIEZ- Carlos Guzman																											

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)												MMSD01.03.11.P003.F006																										
DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN		001																								
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:		4		MES:		12		AÑO:		2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4682		Sem 47																						
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:		23		MES:		11		AÑO:		2024		UPGD QUE REPORTA:		C.S. Terron																								
A. DATOS DEL AFECTADO																																								
NOMBRE Y APELLIDOS												Jangerly Johana Galviz Garcia				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Ven 5743290		EDAD		9																		
DOMICILIO												cllq 30este 8A-31				BARRIO		T. Colorado		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3212608109		COMUNA		1														
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																								
NOMBRE Y APELLIDOS																N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD																				
DOMICILIO												cllq 30este 8A-31				BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				COMUNA																
C. DATOS DEL ANIMAL																																								
ESPECIE				OTRO-CUAL?				NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD																				
CANINO				FELINO		X		Tom.								MACHO		X		HEMBRA				17-18m.																
COLOR				TAMAÑO				FECHA VAC. ANTIRRÁBICA				VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDIN		CALLEJERO														
Negro				G M P				DD MM AA														X																		
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																								
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO			INCOORDINACIÓN			DIFICULTAD RESPIRATORIA			BABEO			DIFICULTAD PARA TRAGAR			NERVIOSIDAD			MANDÍBULA SUELTA			FEROCIDAD INUSITADA			PARÁLISIS POSTERIOR			SACRIFICADO O MUERTO			NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA			FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		
		DÍA MES AÑO			SI NO			SI NO			SI NO			SI NO			SI NO			SI NO			SI NO			SI NO			SI NO			SI NO								
1																																								
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:																																								
11-12-2024: Afectada fue alimentada al felino y esta la agredido en la mano derecha felino no pertenece a la vivienda solo va a comer.																																								
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 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																																								
SGTEZ - Carlos Guzman																																								

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMS01.03.11.P003.F006																			
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN		001																	
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:		4		MES:		12		AÑO:		2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4684		Sam 48													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:		25		MES:		11		AÑO:		2024		UPGD QUE REPORTA:		CS. Terron															
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS										Anthony Jesus Quavado Leon										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Van 1638982		EDAD		15					
DOMICILIO										AUIS 13-60 Apt 12: 101										BARRIO		T colorado		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3153216914		COMUNA		1	
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		ANTEJARDÍN		CALLEJERO			
								DD		MM		AA																X			
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN Conjunto Residencial Santa Martha de los Caballeros * 11 DIC 2024					
DÍA		MES		AÑO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO							
1																															
2																															
3																															
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:				MALOS OLORES				SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No provocado			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																				RECIBIDO PORTERIA											
11-DIC-2024: Afectado iba pasando y canino lo agredio sin causa aparente por la derecha.																				FIRMA: p. 40000											
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 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																	
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001																
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	4		MES:	12		AÑO:	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4685 Sem 48																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	27		MES:	11		AÑO:	2024		UPGD QUE REPORTA:		CS Terron																
A. DATOS DEL AFECTADO																													
NOMBRE Y APELLIDOS								Anthony Jose Bríñez Atencio				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Ven 5740677		EDAD		8											
DOMICILIO								AUGD 29B 14				BARRIO		T. colorado		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3137207673		COMUNA		1							
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																													
NOMBRE Y APELLIDOS												N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD													
DOMICILIO								AUGD con 29B				BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3137207673		COMUNA		1							
C. DATOS DEL ANIMAL																													
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE						RAZA				SEXO				EDAD											
CANINO	☒	FELINO	☐													MACHO		☐	HEMBRA		☐								
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR						N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO							
		G M P		DD MM AA																									
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																													
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA				
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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: 11-12-2024 = No se ubica direccion - 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 antirábico					
5. Animal con enfermedad diferente a rabia								10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD					
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																													
S6IEZ- Carlos Guzman																													

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMS01.03.11.P003.F006													
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN	001												
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	4	MES:	12	AÑO:	2024	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4683		Sem 48.													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	25	MES:	11	AÑO:	2024	UPGD QUE REPORTA:		CS. Terron C.															
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS								Ashley Madalain Acosta Salamanca.		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1061829365	EDAD	3											
DOMICILIO								cl23bis 8c 36.		BARRIO		T. colorado	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3102967498.	COMUNA	1									
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																									
NOMBRE Y APELLIDOS								Katherine Salamanca.		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			EDAD												
DOMICILIO								cl23bis 8c 36 0		BARRIO			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3102967498	COMUNA	1									
C. DATOS DEL ANIMAL																									
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD													
CANINO	☒	FELINO		Bandido				m 7.		MACHO	☒	HEMBRA		2 m.											
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO										
gris.	G	M	☒	DD	MM	AA							X												
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
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:																									
11-12-2024: No se ubica direccion - no contesta llamada, devuelven, zona alto riesgo : Afectada estaba jugando con el canino y esta la agredio mano derecha																									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS					BUENA					ACEPTABLE					INADECUADA					OTRA:					
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																									
1. Animal sano vacunado					6. Animal sacrificado					11. Agresión por murciélago					16. Menor de edad en vivienda										
2. Animal sano no vacunado					7. Animal muerto					12. El responsable del animal no se encontraba en casa					17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis										
3. Animal no observable					8. Animal no estaba en casa					13. Dirección errada					18. Agresión por roedor										
4. Animal con síntomas de rabia					9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis					14. Teléfono errado					19. Paciente en tratamiento antirábico										
5. Animal con enfermedad diferente a rabia					10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)					15. Teléfono fuera de servicio					20. Notificación inmediata a UPGD										
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																									
SGIEZ-Carlos Guzman																									

DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006																			
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN	001																		
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	4		MES:	12		AÑO:	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4686 Sem 47.																		
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	21		MES:	11		AÑO:	2024		UPGD QUE REPORTA:		CS Terron																		
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS										Ainara Palomino Osorio		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1114015836																	
DOMICILIO										AUG 30-12.		BARRIO		T. colorado																	
										N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3226495183		COMUNA																	
														EDAD																	
														1																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS										Luz Adriana Osorio		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD																			
DOMICILIO										AUG 30-12		BARRIO		T. colorado																	
										N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3226495183		COMUNA																	
														EDAD																	
														1																	
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE						RAZA				SEXO		EDAD															
CANINO		FELINO	X											MACHO		HEMBRA															
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA															
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: 10 12-2024 = Padra de la niña indica que la niña fue apretada al correr una puerta que no tienen mas informacion																															
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 antirrábico							
5. Animal con enfermedad diferente a rabia								10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
S6IEZ- Carlos Guzman.																															