

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)	MMDS01.03.11.P003.F033	
	TABULADO DIARIO DE JORNADAS EXTRAMURALES DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA	VERSIÓN	001

FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____
HORA INICIO JORNADA: _____
HORA FINALIZACIÓN JORNADA: _____
VACUNADOS: _____

LUGAR DE VACUNACIÓN: _____
COMUNA _____

FUNCIONARIOS _____

TOTAL : _____

CANINOS																										
MACHOS										HEMBRAS																
< 1 AÑO			>1 AÑO			>2 AÑOS			> 3 AÑOS			< 1 AÑO			>1 AÑO			>2 AÑOS			> 3 AÑOS					
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6			
7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9			
10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12			
13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15			
16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18			
19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21			
22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24			
25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27			
28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30			
31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33			
34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36			
37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39			
TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:		
TOTAL CM:			TOTAL CH:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:		

FELINOS																										
MACHOS										HEMBRAS																
< 1 AÑO			>1 AÑO			>2 AÑOS			> 3 AÑOS			< 1 AÑO			>1 AÑO			>2 AÑOS			> 3 AÑOS					
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6			
7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9			
10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12			
13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15			
16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18			
19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21			
22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24			
25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27			
28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30			
31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33			
34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36			
37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39			
TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:		
TOTAL FM:			TOTAL FH:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:		

ANIMALES NO APTOS PARA VACUNACIÓN																								
< 3 MESES SIN ACTIVACIÓN DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO					HEMBRAS PREÑADAS Y/O EN CELO					> 12 AÑOS/ ENFERMOS Y/O TRATAMIENTO MEDICO VETERINARIO					AUSENCIA DE RESPONSABLE EN VIVIENDA					VACUNADOS POR ENTE PARTICULAR				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	16	17	18	19	20	16	17	18	19	20	16	17	18	19	20	16	17	18	19	20
TOTAL:					TOTAL:					TOTAL:					TOTAL:					TOTAL:				

HORA _____
MAÑANA _____
MEDIO DÍA _____
TARDE _____

TEMPERATURA °C _____

Marca Biológico: _____

Lote _____

Dosis entregadas _____
D. Aplicadas _____
D. Devolución _____
D. Perdidas _____

Jeringas _____
Agujas _____

entregadas	devolución

Testigo de la jornada de vacunación realizada
Nombre y apellido: _____ Firma _____
Número de documento de identidad: _____
Dirección y teléfono: _____