



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

TABULADO DIARIO DE JORNADAS EXTRAMURALES DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

MMDS01.03.11.P003.F033

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:											

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												
TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:			TOTAL:											
TOTAL FM:												TOTAL FH:												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	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	6	7	8	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
9	10	11	12	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15
13	14	15	16	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: _____

Dosis entregadas _____

D. Aplicadas _____

D. Devolución _____

D. Perdidas _____

Testigo de la jornada de vacunación realizada _____

Nombre y apellido: _____

Número de documento de identidad: _____

Dirección y teléfono: _____

Lote _____

Jeringas _____

Agujas _____

entregadas	devolución