

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-586-047
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 06-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 7:30 am
Cargo:	Fin: 8:30 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Yaneth Camacho	Enf. Jefe	305 206 8174
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita Semana epidemiológica #49
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron cero (0) casos de pacientes correspondientes a esta semana epidemiológica.
Observaciones.

 DEPARTAMENTO DE CORDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	Seguimiento de animales agresores	Contratista	Diciembre	Ninguna.
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: Yaneth Camacho	Firma: Carlos A López
Nombre:	Nombre: Carlos A López
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-586-048
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 13-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 7:30 am
Cargo:	Fin: 8:30 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contralista	312 671 6630
2	Yaneth Camacho	Enf. Jefe	305 206 8174
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica #50
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron un (1) caso de paciente por agresión de cerdo correspondiente a esta semana epidemiológica del cual se tiene información.
Observaciones.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación Individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos los entes que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1773/09 y 1286/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *	Razón social de la unidad primaria generadora del dato *
Departamento Municipio Código Sub-Índice	ESE CAMU PUMSIMA
1.2 Nombre del evento *	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *
Rabia Animal	10/12/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *	2.2 Número de identificación *
☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS ☐ OE ☐ CN ☐ OD ☐ OS ☐ DE ☐ OT	1.067.403.069
* RC: REGISTRO CIVIL; TI: TARJETA IDENTIDAD; CC: CÉDULA CIUDADANÍA; CE: CÉDULA EXTRANJERÍA; PA: PASAPORTE; MS: MENOR SIN TI; AS: ADULTO SIN TI; PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA; CN: CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO; CE: CARNÉ DIPLOMÁTICO; OD: DOCUMENTO EXTRANJERO; OT: PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL	
2.3 Nombre y apellidos del paciente *	2.4 Teléfono *
Leandro Enrique Araya Araya	3107310798
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad *
29/05/1990	35
2.7 Unidad de medida de la edad *	2.8 Nacionalidad *
☒ 1. Años ☐ 3. Días ☐ 5. Minutos ☐ 2. Meses ☐ 4. Horas ☐ 0. No aplica	Colombiana
2.9 Sexo *	2.10 Identidad de género
☒ 1. Hombre ☐ 2. Indeterminado ☐ 3. Mujer ☐ 4. Mujer trans ☐ 5. Otro	☒ 1. Hombre ☐ 3. Hombre trans ☐ 5. Otro ☐ 2. Mujer ☐ 4. Mujer trans ☐ 6. Otro
2.11 Orientación sexual	2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *
☒ 1. Heterosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 5. Cuál otra? ☐ 2. Gay/lesbiana ☐ 4. Otra	Colombiana
2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *	2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *
País Departamento Municipio	☒ 1. Cabecera municipal ☐ 3. Rural disperso ☐ 2. Centro poblado
2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *	2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso *
San Juan	San Juan
2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso *	2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia
2.19 Ocupación del paciente *	2.20 Tipo de régimen en salud *
Chico varón	☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☐ E. Especial ☒ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/pendiente
2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *	2.22 Pertenencia étnica *
Mter.	☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raízal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☐ 6. Otro
2.23 Estrato	2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *
01	☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICDF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *
☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 2. Encuesta activa inst. ☐ 5. Investigaciones ☐ 3. Vigilancia intensificada	Colombiana / Cundinamarca / PMS.
3.3 Dirección de residencia *	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)
B1 San Juan en 8 Calle 10 # 10-18	10/12/2025
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso *
	☐ 1. Sospechoso ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 2. Probable ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. caso epidemiológico
3.7 Hospitalizado *	3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)
☐ SI ☐ No	
3.9 Condición final *	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)
☐ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No sabe, no responde	
3.11 Número certificado de defunción	3.12 Causa básica de muerte
3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *	3.14 Teléfono del profesional *
Diana Esteban Alvarado	

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso	4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)
☐ 1. No aplica ☐ 2. Conf. Clínica ☐ 3. Descartado ☐ 4. Descartado por error de digitación ☐ 5. Conf. por laboratorio ☐ 6. Conf. caso epidemiológico ☐ 7. Otra actualización	

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sívigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1286/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente Keiner Enrique Emed Emed	B. Tipo de ID CE	C. Número de documento 1.067.403.069.
--	----------------------------	---

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rábico ☐ 6. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico.		SI marco 1, mordedura, seleccione área ☐ En área cubierta del cuerpo ☒ En área descubierta del cuerpo	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Sí ☒ 2. No		5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	
5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda		5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos	
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 10/12/2025		5.7 Especie agresora ☐ 1. Peto ☐ 4. Equidos ☐ 8. Zorro ☐ 12. Otros silvestres ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☒ 3. Porcino (cerdo) ☐ 9. Mico ☐ 13. Ovino-Caprino ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Sí ☐ 3. Desconocido ☒ 2. No		5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) - -		5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Keiner Emed Emed	
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: Calle 10		5.13 Teléfono del propietario 3107310798	
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☐ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☒ 2. Exposición grave	

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:

6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Sí ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) - -	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Sí ☐ 3. No sabe ☐ 2. No	6.4 Número de dosis 	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) - -
--	--	--	---	--

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Sí ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☒ 1. Sí ☐ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☒ 1. Sí ☐ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☒ 1. Sí ☐ 2. No
--	--	---	---

Correo: sivigila@ins.gov.co

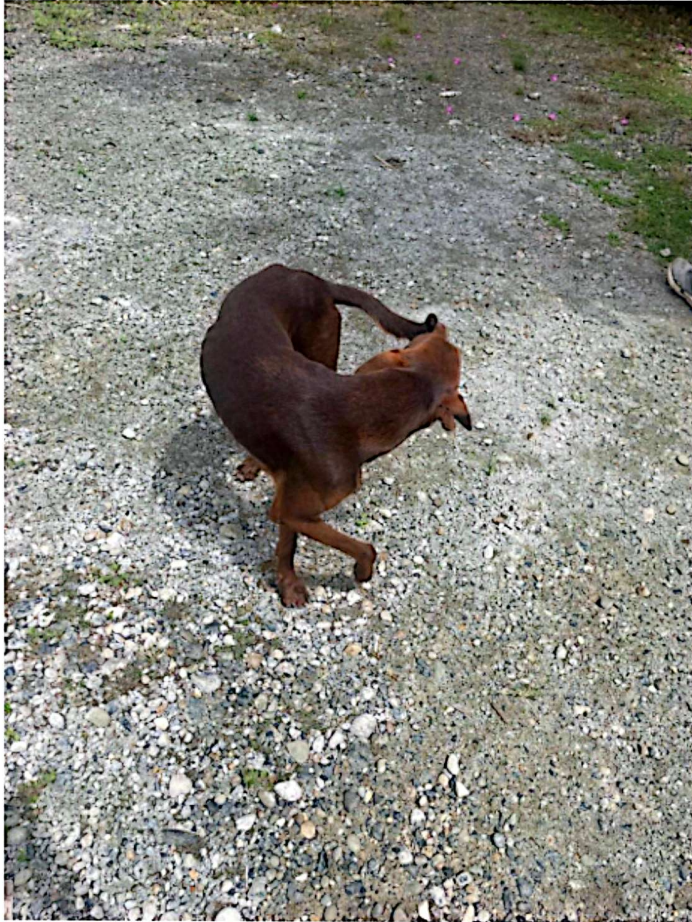
Scanned with

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Ministerio de la Protección Social	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA																									
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA																											
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO Keiner Enrique Correa Correa		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☒ RC ☐ N° 1087403064																									
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Barrio San Juan		TELÉFONO 3107310798																									
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ESTE CAMU PURISIMA		FECHA DE AGRESIÓN DIA 10 MES 12 AÑO 25																									
		FECHA DE CONSULTA DIA 10 MES 12 AÑO 25																									
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO																											
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Keiner Correa Correa		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☒ RC ☐ N° 1087403064																									
DEPARTAMENTO Córdoba	MUNICIPIO Purisima	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Barrio San Juan																									
TELÉFONO 3107310798	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO/ VEREDA San Juan																									
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR																											
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR	ESPECIE	RAZA																									
SEXO MACHO ☐ HEMBRA ☐	VACUNADO SI ☐ NO ☐ DESCONOCIDO ☐	FECHA DE VACUNACIÓN DIA ☐ MES ☐ AÑO ☐																									
SEÑAS PARTICULARES		EDAD																									
SEÑALES DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN																											
SIGNOS	VISITA	SIGNOS																									
	1 2 3																										
CAMBIO EN EL COMPORTAMIENTO		DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN																									
CAMBIO EN EL APETITO		ALTERACIÓN DEL LADRADO (RONCO)																									
PELO ERIZADO		CONVULSIONES																									
HUIDIZO		INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS																									
EXCITACIÓN		PARALISIS DE LAS EXTREMIDADES																									
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA																									
AGRESIVIDAD		NINGUNO ☒ ☒ ☒																									
DIARREA		OTRO ☐																									
¿CUAL?																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE LA VISITA</th> <th>NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA</th> <th>NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <td>15</td> <td>12</td> <td>25</td> <td>Keiner Correa</td> <td>Carlos A Lopez</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>12</td> <td>25</td> <td>Keiner Correa</td> <td>Carlos A Lopez</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>12</td> <td>25</td> <td>Keiner Correa</td> <td>Carlos A Lopez</td> </tr> </table>			FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA	DIA	MES	AÑO			15	12	25	Keiner Correa	Carlos A Lopez	18	12	25	Keiner Correa	Carlos A Lopez	22	12	25	Keiner Correa	Carlos A Lopez
FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA																							
DIA	MES	AÑO																									
15	12	25	Keiner Correa	Carlos A Lopez																							
18	12	25	Keiner Correa	Carlos A Lopez																							
22	12	25	Keiner Correa	Carlos A Lopez																							
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACIÓN SANO ☒ ENFERMO ☐ MUERTO ☐ PRESENTÓ SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON RABIA ☐ SI ☐ NO ☒																											
OTRAS OBSERVACIONES																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA</th> <th>NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th></th> </tr> <tr> <td>22</td> <td>12</td> <td>25</td> <td>Yaneth Camacho</td> </tr> </table>			FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA			NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA	DIA	MES	AÑO		22	12	25	Yaneth Camacho													
FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA			NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA																								
DIA	MES	AÑO																									
22	12	25	Yaneth Camacho																								

Agresión canina en el municipio de Purísima

Fecha: 10/12/2025

Persona agredida: Keiner Enrique Correa



Fecha: 18/12/2025

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	seguimiento de animales agresores	contratista	Diciembre	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: Yaneth Camacho	Firma: Carlos A López
Nombre:	Nombre: Carlos A López
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-586-049
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 20-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 7:30 am
Cargo:	Fin: 8:30 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	312 671 6630
2	Yaneth Camacho	Enf. Jefe	305 206 8174
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita Semana epidemiológica #51
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron un (1) caso de Paciente por mordedura de Perro correspondiente a esta semana epidemiológica, el cual es observable.
Observaciones.

Datos básicos

FOR-002 0000-001 V12 2024-03-01

Este formulario es de uso exclusivo de la Unidad Ejecutiva del Poder Judicial de la Federación y no debe ser utilizado para fines ajenos a los que fue diseñado.

1 INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPD:

Nombre completo de la Unidad Ejecutiva del Poder Judicial de la Federación

1.2 Nombre del paciente:

Agencia para animales, RABIA

1.3 Fecha de la notificación:

1.4 Fecha de la notificación (Revisión):

2 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento:

X 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia. Cod INS 300

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1272

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-075 V:00 1

A. Nombres y apellidos del paciente Raveles Rugo Lit de la Cruz, EC	B. Tipo de ID* EC	C. Número de identificación 1067107146
---	-----------------------------	--

RC: REGISTRO CIVIL | TI: TARJETA DE IDENTIDAD | CC: CÉDULA CIUDADANA | CE: CÉDULA EXTRANJERÍA | PA: PASAPORTE | MS: MENOR SIN R | AS: ADULTO SIN R | PE: PÉRVISO ESPECIAL DE P

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño		Si marco 1, mordedura, selección área ☐ En área cubierta del cuerpo ☒ En área descubierta del cuerpo	
5.1 Tipo de agresión o contacto ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rábico ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico ☐ 5. Inhalación en ambientes cargados o virus rábico (aer) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus r.			
5.2 ¿Agresión provocada? ☒ 1. Si ☐ 2. No	5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda	
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 3. Tronco ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 7. Genitales externos ☐ 2. Miembros distales ☒ 4. Miembros superiores ☐ 6. Pies, dedos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 19/12/2025		5.7 Especie agresora ☒ 1. Perra ☐ 4. Equinos ☐ 8. Zorro ☐ 12. Otros mamíferos ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 9. Mico ☐ 13. Ovinos Caprinos ☐ 3. Bovino (vaca) ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. Desconocido	5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) 	
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Ledys Perez		5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: Pedernales - Aires	
5.13 Teléfono del propietario: No sabe			
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido	5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observado ☐ 2. Perdido	5.17 Tipo de exposición ☒ 1. No exposición ☐ 2. Exposición leve ☐ 3. Exposición grave

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:

6.1 Suero antirrábico	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6.3 Vacuna antirrábica	6.4 Número de dosis	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)
☐ 1. Si ☒ 2. No		☐ 1. Si ☒ 2. No		

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón?	7.2 ¿Sutura de la herida?	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico?	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna?
☒ 1. Si ☐ 2. No	☐ 1. Si ☒ 2. No	☐ 1. Si ☒ 2. No	☐ 1. Si ☒ 2. No

Correo: sivilgia@ins.gov.co

 DEPARTAMENTO DE CORDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Periodo de cumplimiento	Observaciones
1	Seguimiento de animales agresores	Contratista	Diciembre	Ninguna.
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <u>Yaneth Camacho</u>	Firma: <u>Carlos A López</u>
Nombre:	Nombre: <u>Carlos A López</u>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-S86-OSO
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 7:30 am
Cargo:	Fin: 8:30 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	312 671 6630
2	Vaneth Camacho	Enf. Jefe	305 206 8174
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita Semana epidemiológica #52.
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron cero (0) casos de pacientes correspondiente a esta semana epidemiológica.
Observaciones.

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	seguimiento de animales agresores	contratista	Diciembre	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <u>Yaneth Camacho</u>	Firma: <u>Carlos A. Lopez</u>
Nombre:	Nombre: <u>Carlos A. Lopez</u>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-586-057
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 7:30 am
Cargo:	Fin: 8:30 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Vaneth Camacho	Enf. Jefe	3052068174
3			
4			
5			

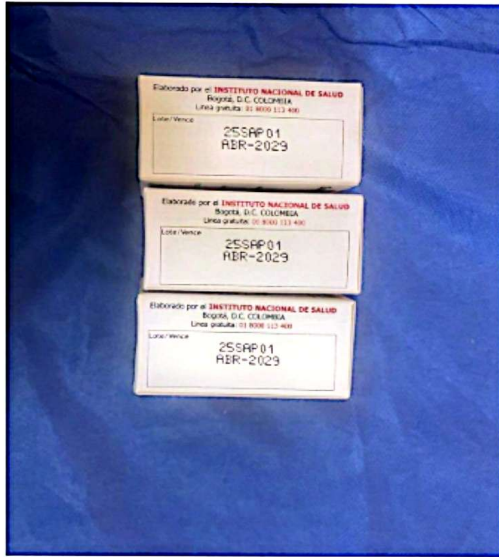
PUNTOS DE DISCUSIÓN	
1	Inventario stock suero antiofidico
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta inspección se encontró: Ampollo : 6 Lote: 255AP01 Vencimiento: ABR-2029 Fabricante: INS
Observaciones.

ANEXOS FOTOGRÁFICOS DE STOCK DE SUERO ANTIOFÍDICO

E.S.E. CAMU PURÍSIMA

27/12/2025



 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/08/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	Inspección Stock	contratista	Diciembre	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: Yaneta Camacho	Firma: Carlos A. López
Nombre:	Nombre: Carlos A. López
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-SB6-052
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 26-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 10:30 am
Cargo:	Fin: 11:30 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: Secretaría de Salud Purísima

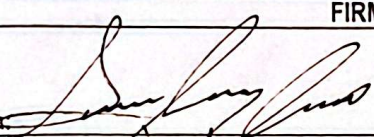
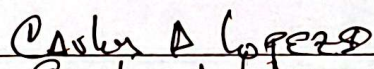
PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López Issa	Contratista	312 671 6630
2	Simon López	Secretario de Salud - Purísima	301 233 0629
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Revisión final con la dirección de salud del municipio de Purísima para la socialización de los resultados dado el control DTH-409-2025
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
A partir de las 10:30 am hasta las 11:30 am del día 26 de diciembre de 2025 tuvo lugar la reunión junto al Secretario de Salud del municipio de Purísima Simon López. En este encuentro se socializaron todos los compromisos adquiridos en la primera reunión y todas las actividades realizadas por mi persona Carlos Andres López Issa contratista de la secretaria de desarrollo de la salud departamental dichas actividades se encuentran establecidas en el contrato: DTH-409-2025 de 2025 con fecha de 28 de febrero de 2025 hasta el 27 de diciembre de 2025. Las actas correspondientes a las actividades realizadas con sus respectivas evidencias fueron puestas en consideración donde finalmente la secretaria de salud del municipio de Purísima aprobó las labores realizadas.
Observaciones.

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1				
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma:  Nombre: Simon Lopez L.	Firma:  Nombre: Carlos A Lopez
Firma: Nombre:	Firma: Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. 011-2025-464-997
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 06-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 9:00 am
Cargo:	Fin: 10:00 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU MOMILL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	312 671 6630
2	Teresa Mendota	ENF. Jefe	314 538 0247
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica #49
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron tres (3) casos de pacientes por mordedura de perro correspondiente a esta semana epidemiológica, de los cuales son observables y se tiene información clara.
Observaciones.



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

MINISTERIO DE
PROTECCIÓN SOCIAL
SISTEMA NACIONAL DE
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivi

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V.02 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información con Ley 1712 de 2014 y Ley 1273 de 2019

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Ali David Solorzano Conde	TE	1065375639

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

☒ 1 Mordedura ☐ 2 Arañazo o rasguño		Si marco 1, mordedura, seleccione área	☐ En área cubierta del cuerpo ☒ En área descubierta del cuerpo
5.1 Tipo de agresión o contacto	☐ 3 Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabioso ☐ 6 Contacto de mucosa o piel lesionada con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rabioso		
5.2 ¿Agresión provocada?	5.3 Tipo de lesión	5.4 Profundidad	
☐ 1. Si ☒ 2. No	☒ 1 Única ☐ 2 Múltiple	☒ 1 Superficial ☐ 2 Profunda	
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario)			
☒ 1 Cabeza, cara, cuello ☒ 2 Manos, dedos ☐ 3 Tronco ☐ 4 Miembros superiores ☐ 5 Miembros inferiores ☐ 6 Pies, dedos ☐ 7 Genitales externos			
Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa)	5.7 Especie agresora		
12/12/2025	☒ 1. Perro ☐ 2. Gato ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 4. Equinos ☐ 5. Pterino (cerdo) ☐ 6. Murciélago ☐ 7. Zorro ☐ 8. Mico ☐ 9. Humano ☐ 10. Otros silvestres ☐ 11. Ovinos-Caprinos ☐ 12. Grandes roedores		
Animal vacunado	5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica?	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa)	
☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. Desconocido	☐ 1. Si ☐ 2. No		
11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Faride Rosario			
12 Dirección del propietario o responsable del agresor: San Antonio			
5.13 Teléfono del propietario: 3008250586			
14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto	5.15 Estado del animal al momento de la consulta	5.16 Ubicación del animal agresor	5.17 Tipo de exposición
☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido	☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. Desconocido	☒ 1. Observable ☐ 2. Peridito	☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:			
6.1 Suero antirrábico	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6.3 Vacuna antirrábica	6.4 Número de dosis
☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe		☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	
6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)			

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón?	7.2 ¿Sutura de la herida?	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico?	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna?
☒ 1. Si ☐ 2. No	☒ 1. Si ☐ 2. No	☒ 1. Si ☐ 2. No	☒ 1. Si ☐ 2. No

Correo: sivi@ins.gov.co

Scanned with
CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:II 2022-06-08

Esta ficha es para fines de vigilancia en salud pública y todos los entes que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información L1733/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGO: 25464 Razón social de la unidad primaria generadora del dato: E.S.E Camo Moni

1.2 Nombre del evento: Mordedura de Perro 1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa): 02/12/2028

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento: ☒ RC ☐ CC ☐ CE ☐ CP ☐ CM ☐ CS ☐ CO ☐ CN ☐ CD ☐ OC ☐ OE ☐ OF

2.2 Número de identificación: 1065375689

2.3 Nombres y apellidos del paciente: Ali David Solórzano Conde 2.4 Teléfono: 3145978112

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/11/2007 2.6 Edad: 18 2.7 Unidad de medida de la edad: ☒ Años ☐ 3 Días ☐ 5 Minutos ☐ 1 Hora ☐ 2 Meses ☐ 4 Horas ☐ 6 No aplica

2.8 Sexo: ☒ M Hombre ☐ F Mujer

2.9 Nacionalidad: Colombiano

2.10 País de ocurrencia del caso: Colombia 2.11 Departamento y municipio de procedencia o ocurrencia: Córdoba, Moni

2.12 Área de ocurrencia del caso: ☒ Cabecera municipal ☐ Rural disperso

2.13 Localidad de ocurrencia del caso: N/A 2.14 Barrio de ocurrencia del caso: San Antonio 2.15 Cabecera municipal centro poblado/rural disperso: C.M.

2.16 Vereda/zona: —

2.17 Ocupación del paciente: Estudiante 2.18 Tipo de régimen en salud: ☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☒ E. Especial ☒ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/pendiente

2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios: KEPS

2.20 Pertenencia étnica: ☐ 1 Indígena ☐ 2 San Gil ☐ 3 Raizal ☐ 4 Palenquero ☐ 5 Negro indígena colombiano ☒ 6 Otro

2.21 Género: —

2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente:

☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Miembros ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada

☐ Desplazados ☐ Personas privadas de libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: ☒ 1 Notificación primaria ☐ 4 Búsqueda activa com. ☐ 2 Búsqueda activa tes. ☐ 5 Investigaciones

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente: Col. Córdoba, Moni

3.3 Dirección de residencia: 18 San Antonio

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa): 02/12/2028 3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): 02/12/2028

3.6 Clasificación inicial de caso: ☐ 1 Sospechosa ☒ 2 Conf. por laboratorio ☐ 3 Probable ☐ 4 Conf. Clínica ☐ 5 Conf. por epidemiología

3.7 Hospitalizado: ☒ SI ☐ NO

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa): — 3.9 Condición final: ☒ 1 Vivo ☐ 2 Muerto ☐ 3 No sabe, no respuesta

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa): — 3.11 Número certificado de defunción: —

3.12 Causa básica de muerte: — 3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha: Angela Orendo

3.14 Teléfono: 3017012619

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTEs TERRITORIALES

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TÉCNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CORDOBA
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO Ali David Solórzano Conde		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.L. ☒ CC ☐ RC ☐ N° 1065375639
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Barrio San Antonio		TELÉFONO 3145973112
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PACIENTE E.S.E CAMU MOMIL		FECHA DE AGRESIÓN DIA 02 MES 12 AÑO 25
		FECHA DE CONSULTA DIA 02 MES 12 AÑO 25
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Faide Rosario		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.L. ☐ CC ☐ RC ☐ N°
DEPARTAMENTO Córdoba	MUNICIPIO Momil	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Barrio San Antonio
TELÉFONO 300 8250586	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO / VEREDA
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR		
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR		ESPECIE
RAZA		COLOR
EDAD		
SEXO MACHO ☐ HEMBRA ☐		VACUNADO SI ☐ NO ☐
FECHA DE VACUNACIÓN DIA ☐ MES ☐ AÑO ☐		SERIAS PARTICULARES
SEÑALES DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN		
SIGNOS		VISITA
		1 2 3
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN
CAMBIOS EN EL APETITO		ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RINCO)
TIPO ERIZO		CONVULSIONES
ARROZADO		INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS
ERIZOTACIÓN		PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA
AGRESIVIDAD		NINGUNO
GALORREA		OTRO *
SÍGNOS		
		1 2 3
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZADO		
ERIZOTACIÓN		
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		
AGRESIVIDAD		
GALORREA		
SÍGNOS		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		
CAMBIOS EN EL APETITO		
TIPO ERIZO		
ARROZ		

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 02/12/2025

Persona agredida: Ali David Solorzano Conde



Fecha: 09/12/2025

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación Individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La fecha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LRY 1273/08 y 1288/08

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *				Razón socia. de la unidad primaria generadora del dato *			
22 41				E.S.E Camu Momí			
Departamento		Municipio		Código		Sub-índice	
1.2 Nombre del evento *				Código del evento		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *	
Mordedura de perro						04 12 2025	

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *		2.2 Número de identificación *	
ORC ☐ TI ☐ OCC ☐ OCE ☐ OPA ☐ OUS ☐ OAS ☐ OPE ☐ OCH ☐ OCD ☐ OSC ☐ ODE ☐ OPT ☐		1048461352	
* CC: REGISTRO CIVIL; TI: TAJUETA IDENTIDAD; CC: CÉDULA CIUDADANÍA; CE: CÉDULA EXTRANJERÍA; PA: PASAPORTE; MI: MENOR SIN DI; AS: ADULTO SIN DI; PE: PLANEO ESPECIAL DE PERMANENCIA; CH: CERTIFICADO DE NAZCO VIVO; ED: CARNÉ DIPLOMÁTICO; EC: SALVOCONDUCTO; DE: DOCUMENTO EXTRANJERO; PT: PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL			
2.3 Nombre y apellidos del paciente *		2.4 Teléfono *	
WIS Alejandro Montenegro Torres		3217461124	
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		2.6 Edad *	
21/03/2017		8	
2.7 Unidad de medida de la edad *		2.8 Nacionalidad *	
☒ Años ☐ Meses ☐ Días ☐ Horas ☐ No aplica		Colombiana	
2.9 Sexo *		2.11 Orientación sexual	
☒ M. Hombre ☐ F. Mujer		☒ 1. Heterosexual ☐ 2. Gay/lesbiana ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Otro	
2.10 Identidad de género		2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *	
☒ 1. Hombre ☐ 2. Mujer ☐ 3. Hombre trans ☐ 4. Mujer trans ☐ C. Otro		Colombia	
2.13 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *		2.14 Año de procedencia/ocurrencia del caso *	
N/A		2017	
2.15 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso *		2.16 Centro poblado de procedencia/ocurrencia del caso *	
C. P.		thoso	
2.17 Tipo de régimen en salud *		2.18 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *	
☐ P. Excepción ☐ O. P. Contributivo ☐ O. E. Especial ☒ S. Subsidado		Miser	
2.22 Pertenencia étnica * ☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raizal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato o afro colombiano ☒ 6. Otro		2.23 Estrato	
2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *			
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Desplazados ☐ Migrantes ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Gestantes ☐ Habitantes de la calle ☐ Sembreros de golejón ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Niños/as comunitarios		☐ Desmoralizados ☐ Cariclos pasquines ☒ Víctimas de violencia armada ☐ Otros grupos poblacionales	

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente ☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 2. Búsqueda activa inst. ☐ 5. Investigaciones		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente * Col. Cord. de la Cruz		País 120	Departamento 73	Municipio 467
3.3 Dirección de residencia * Huero		3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) 04/12/2025		3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) 07/12/2025		3.6 Clasificación inicial de caso * ☒ 1. Sospechoso ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 2. Probable ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. peso epidemiológico
3.7 Hospitalizado ☐ SI ☒ No		3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) , ,		3.9 Condición final * ☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 0. No sabe, no responde		3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) , ,
3.11 Número certificado de defunción , ,		3.12 Causa básica de muerte , ,		3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha * Angeli Alvarado		3.14 Teléfono del profesional 3015012619

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

☐ 0 No aplica ☐ 1 Conf. Clínea ☐ 2 Descartado ☐ 3 Descartado por error de digitación

☐ 4 Conf. por laboratorio ☐ 5 Conf. nuevo epidemiológico ☐ 6 Otro actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

/ /

Correos: elvigila@ins.gov.co

Scanned with
CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 071/01 y 1264/08

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente Luis Mauricio Torres	B. Tipo de ID TI	C. Número de documento 1048461352
--	----------------------------	---

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño		☐ En área cubierta del cuerpo ☒ En área descubierta del cuerpo	
5.1 Tipo de agresión o contacto ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabioso ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rabioso ☐ 5. Inhalación en ambientes cargados o virus rabioso (aerosoles) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabioso			
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Sí ☒ 2. No		5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	
5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda			
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☒ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☐ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 02/12/2023		5.7 Especie agresora ☒ 1. Perro ☐ 4. Equinos ☐ 6. Zorro ☐ 12. Otros silvestres ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 9. Mono ☐ 13. Ovíno-Caprino ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Sí ☐ 3. Desconocido ☒ 2. No		5.9 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) [][]/[][]/[][][][]		5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Jose Alejandro Montenegro	
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: Hoero		5.13 Teléfono del propietario: 3217461124	
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave	

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:				
6.1 Suero antirrábico	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6.3 Vacuna antirrábica	6.4 Número de dosis	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)
☐ 1. Sí ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	[][][][]/[][][]/[][][][]	☐ 1. Sí ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	[][][][]	[][][][]/[][][]/[][][][]

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón?	7.2 ¿Sutura de la herida?	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico?	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna?
☒ 1. Sí ☐ 2. No	☐ 1. Sí ☒ 2. No	☐ 1. Sí ☒ 2. No	☐ 1. Sí ☒ 2. No

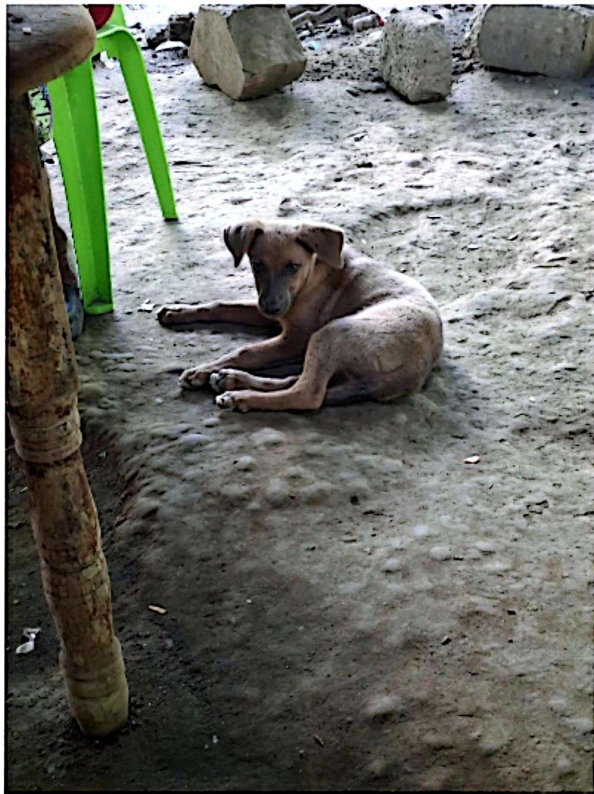
Correo: sivigila@ins.gov.co

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TÉCNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CORDOBA
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Luis Alejandro Monterrosa T		T.I. ☒ CC ☐ RC ☐ N° 7048461352	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		TELÉFONO	
Hueso		3217461124	
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PACIENTE		FECHA DE AGRESIÓN	
E.S.E CAMU MOMIL		DÍA MES AÑO	
		02 12 25	
		FECHA DE CONSULTA	
		DÍA MES AÑO	
		04 12 25	
2. DATOS GENEÁLOGICOS DEL PROPIETARIO			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
José Alejandro Monterrosa		T.I. ☐ CC ☐ RC ☐ N°	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	
Córdoba	Momil	Hueso	
TELÉFONO	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO / VEREDA	
3217461124			
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR			
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR		ESPECIE	RAZA
GÉNERO		VACUNADO	FECHA DE VACUNACIÓN
MACHO ☐ HEMBRA ☐		SI ☐ NO ☐	DÍA MES AÑO
SÍNTOMAS PARTICULARES			
SEÑALES DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN			
SIGNOS		SIGNOS	
VISITA		VISITA	
1 2 3		1 2 3	
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN	
CAMBIOS EN EL APETITO		ALTERACIÓN DEL LADRADO (RONCO)	
PELO ERIZADO		CONVULSIONES	
MÚSPZO		INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS	
ERITACIÓN		FATIGAS DE LAS EXTREMIDADES	
MANEJO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		ATURAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA	
AGRESIVIDAD		NINGUNO	
GALORREA		OTRO *	
		X X X	
¿AGUAL?			
FECHA DE LA VISITA			
DÍA	MES	AÑO	
06	12	25	
NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
José Alejandro Monterrosa			Carlos A López
José Alejandro Monterrosa			Carlos A López
José Alejandro Monterrosa			Carlos A López
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACIÓN			
SANO	ENFERMO	MUERTO	PRESENTÓ SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON RABIA
X			SI ☐ NO ☒
OTRAS OBSERVACIONES			
FIRMA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA			
DÍA	MES	AÑO	
15	12	25	
T. Mendez			

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 02/12/2025

Persona agredida: Luis Alejandro Monterroza



Fecha: 15/12/2025

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos los entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información UN 1271/01 y 1281/01

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la JPOD *	Razón social de la unidad primaria generadora del dato *
213 464	E. se Camu momil
1.2 Nombre del evento *	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *
Rabia	30/06/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *	2.2 Número de identificación *
ORC OTI ☒ CC OCE OPA OMS OAS OPE OCH OCD OGC ODE OPT	5088116
2.3 Nombre y apellidos del paciente *	
Con Suelo Ester uníngio Bernet	
2.4 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.5 Edad *
17/09/1965	60
2.6 Sexo *	2.7 Unidad de medida de la edad *
☒ M. Hombre ☐ F. Mujer	☒ 1. Años ☐ 3. Días ☐ 5. Minutos
2.8 Nacionalidad *	2.9 Orientación sexual
Colombia	☒ 1. Heterosexual ☐ 2. Gay/lesbiana
2.10 País de procedencia/ocurrencia del caso *	2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *
Colombia	Córdoba - Nariño
2.12 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *	2.13 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso *
Barrio Rincon	
2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *	2.15 Vereda/zona procedencia/ocurrencia
2.16 Ocupación del paciente *	2.17 Tipo de registro en salud *
Amo de Coza	☒ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado
2.18 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *	2.19 Tipo de registro en salud *
Cam Copi	☒ E. Especial ☐ B. Subordinado
2.20 Pertenencia étnica *	2.21 Sexo *
☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raízal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano	☒ 1. Masculino ☐ 2. Femenino
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *	2.23 Estado *
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Población indígena a cargo del ICDF ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Desmovilizados ☐ Centros psiquiátricos ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Otros grupos poblacionales	7

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *
☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 2. Búsqueda activa tral. ☐ 5. Investigaciones ☐ 3. Vigilancia interrelacionada	Colombia - Córdoba - Nariño
3.3 Dirección de residencia *	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)
Barrio El Rincon - Nariño	06/12/2025
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso *
06/12/2025	☒ 1. Sospechoso ☐ 2. Probable ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. nuevo epidemiológico
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.8 Condición final *
	☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No sabe, no responde
3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.10 Número certificado de defunción
3.11 Causa básica de muerte	3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha *
	Juan Domingo
3.13 Teléfono del profesional	
315252629	

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso	4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)
☐ 1. No aplica ☐ 2. Conf. por laboratorio ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. nuevo epidemiológico ☐ 6. Descartado ☐ 7. Otro actualización ☐ 8. Descartado por error de digitación	

Correos: sivigila@ins.gov.co

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SiviGila

Ficha de notificación Individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R020000-075 V.03 2024-03-01

La firma de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LIT 172, 161 y 174, 171

RELACION CON DATOS BASICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Consuelo Ester Urango	CC	50881176

3. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

☒ 1. Mordedura ☒ 2. Arañazo o rasguño		Atención Emergencia ☒ En área cubierta del cuerpo ☐ En área descubierta del cuerpo	
5.1 Tipo de agresión o contacto ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rábico ☐ 6. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico.		☐ 7. Inhalación en ambientes cargados o virus rábico (serotípico) ☐ 8. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rábico	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No		5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	
5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda			
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 3. Tronco ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 7. Genitales externos ☒ 2. Manos, dedos ☐ 4. Miembros superiores ☐ 6. Pies, dedos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 06/12/2023		5.7 Especie agresora ☐ 1. Puerro ☐ 4. Equinos ☐ 8. Zorro ☐ 12. Otros silvestres ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☐ 5. Pordino (cardo) ☒ 9. Mico ☐ 13. Ovíno-Caprino ☐ 3. Bovino-Butalino ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Si ☒ 3. Desconocido ☐ 2. No		5.9 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) □□-□□-□□□□			
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: <u>Honor Calderín</u>			
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: <u>Barrio El Rincon</u>			
5.13 Teléfono del propietario: <u>41</u>			
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☒ 1. Con signos de rabia ☐ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☐ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☒ 2. Exposición grave	

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:

6.1 Suero antirrábico	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6.3 Vacuna antirrábica	6.4 Número de dosis	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)
☐ 1. Si ☒ 2. No	- -	☐ 1. Si ☒ 2. No		- -

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón?	7.2 ¿Sutura de la herida?	7.3 ¿Ordenó suero antitético?	7.4 ¿Ordenó su "vacuna"?
☒ 1. Si ☐ 2. No	☒ 1. Si ☐ 2. No.	☒ 1. Si ☐ 2. No	☒ 1. Si ☐ 2. No

Correo: shigla@ina.gov.co

Scanned with
CamScanner

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA Secretaría de Desarrollo de la Salud																																						
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA																																								
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO Consuelo Ester Urango Bernet		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☒ RC ☐ N° 50881176																																						
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Barrio el Rincón		TELÉFONO 3116053824																																						
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PACIENTE E.S.E CAMU MOMIL		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE AGRESIÓN</th> <th colspan="3">FECHA DE CONSULTA</th> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>06</td><td>12</td><td>25</td> <td>06</td><td>12</td><td>25</td> </tr> </table>	FECHA DE AGRESIÓN			FECHA DE CONSULTA			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	06	12	25	06	12	25																				
FECHA DE AGRESIÓN			FECHA DE CONSULTA																																					
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO																																			
06	12	25	06	12	25																																			
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO																																								
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Joner Calderin		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☐ RC ☐ N°																																						
DEPARTAMENTO Córdoba	MUNICIPIO Momil	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Barrio el Rincón																																						
TELÉFONO	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO / VEREDA																																						
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR																																								
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR	ESPECIE	RAZA	COLOR	EDAD																																				
SEXO		VACUNADO		FECHA DE VACUNACIÓN																																				
MACHO ☐	HEMERA ☐	SI ☐ NO ☐	DESCONOCIDO ☐	SEÑAS PARTICULARES																																				
SEÑALE DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN																																								
SIGNOS		VISITA		SIGNOS																																				
		1	2	3																																				
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO					DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN																																			
CAMBIOS EN EL APETITO					ALTERACIÓN DEL LADRADO (RONCO)																																			
PELO ERIZADO					CONVULSIONES																																			
HUIDIZO					INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS																																			
EXCITACIÓN					PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES																																			
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS					ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA																																			
AGRESIVIDAD					NINGUNO																																			
SIALORREA					OTRO *																																			
* ¿CUÁL?																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE LA VISITA</th> <th colspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA</th> <th colspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA</th> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>09</td><td>12</td><td>25</td> <td colspan="2">Joner Calderin</td> <td colspan="2">Carlos A López</td> </tr> <tr> <td>13</td><td>12</td><td>25</td> <td colspan="2">Joner Calderin</td> <td colspan="2">Carlos A López</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>12</td><td>25</td> <td colspan="2">Joner Calderin</td> <td colspan="2">Carlos A López</td> </tr> </table>						FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA		NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA		DÍA	MES	AÑO					09	12	25	Joner Calderin		Carlos A López		13	12	25	Joner Calderin		Carlos A López		17	12	25	Joner Calderin		Carlos A López	
FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA		NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA																																			
DÍA	MES	AÑO																																						
09	12	25	Joner Calderin		Carlos A López																																			
13	12	25	Joner Calderin		Carlos A López																																			
17	12	25	Joner Calderin		Carlos A López																																			
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACIÓN		SANO ☒	ENFERMO ☐	MUERTO ☐	PRESENTO SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON RABIA	SI ☐ NO ☒																																		
OTRAS OBSERVACIONES																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA</th> <th colspan="4">NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA</th> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>17</td><td>12</td><td>25</td> <td colspan="4">T. Munday</td> </tr> </table>							FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA			NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA				DÍA	MES	AÑO					17	12	25	T. Munday																
FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA			NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA																																					
DÍA	MES	AÑO																																						
17	12	25	T. Munday																																					

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 06/12/2025

Persona agredida: Consuelo Ester Urango Bernet



Fecha: 17/12/2025

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSION: 02 FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Periodo de cumplimiento	Observaciones
1	Seguimiento de animales agresores	contratista	Diciembre	Ninguna.
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>T. Mendez</i>	Firma: <i>Carlos A Lopez</i>
Nombre: <i>Ten Mendez</i>	Nombre: <i>Carlos A Lopez</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-2025-464-099
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 13-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 9:00 am
Cargo:	Fin: 10:00 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	contratista	3126716630
2	Teresa Mendoza	Enf. Jefe	3145380247
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita Semana epidemiológica #50
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron dos (2) casos de pacientes por mordedura de un (1) Perro y un (1) gato correspondiente a esta semana epidemiológica, de los cuales son observables y se tiene información clara.
Observaciones.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V.12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información R1/2023/04 y R184/08

INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPGO*		Razón social de la unidad primaria generadora del dato*	
Departamento	Municipio	Código	Sub-índice
1.2 Nombre del evento*		Código del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)*
INS 300 R1718			07/07/2023
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento*		2.2 Número de identificación*	
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCI OCD OBC ODE OPT		1065378453	
*RC: RECIBIDO CIVIL; TI: TARJETA IDENTIDAD; CC: CÉDULA CIUDADANÍA; CE: CÉDULA EXTRANJERÍA; PA: PASAPORTE; MI: MENOR SIN ID; AD: ADULTO SIN ID; PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA; CR: CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO; CO: CARNE DEL COMARCADO; EC: ELEVACIÓN DE CATEGORÍA; DE: DOCUMENTO EXTRANJERO; PT: PERMISO POR PRESTACIÓN TEMPORAL			
2.3 Nombres y apellidos del paciente*		2.4 Teléfono*	
ARKER JUAN GARCIA RUIZ		3044416068	
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad*	2.7 Unidad de medida de la edad*	2.8 Nacionalidad*
01/05/1995	30	01. Años 03. Días 05. Minutos 02. Meses 04. Horas 06. No aplica	Colombiana
2.9 Sexo*	2.10 Identidad de género	2.11 Orientación sexual	
01. Hombre 02. Mujer	01. Hombre 02. Hombre trans 03. Otro 03. Mujer 04. Mujer trans 05. Otro	01. Heterosexual 02. Bisexual 03. Gay/Lesbiana 04. Otro	
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso*	2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso*	2.14 Tipo de establecimiento de salud*	
Colombia	Cordoba	01. Centro urbano 02. Rural urbano 03. Rural disperso	
2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso	2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso	2.17 Centro poblado de procedencia/ocurrencia del caso	2.18 Tipo de establecimiento de salud*
Monimil	Villa Virena		01. Centro urbano 02. Rural urbano 03. Rural disperso
2.19 Dirección del paciente*	2.20 Tipo de régimen en salud*	2.21 Nombre de la administración de Planes de Beneficio*	
Home de casa	01. P. Excepción 02. C. Contributivo 03. L. Asegurado 04. E. Especial 05. Sin datos 06. L. Determinado pendiente	Molod x	
2.22 Pertenencia étnica*	2.23 Estado*	2.24 Selección los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente*	
01. Indígena 02. Rom, Gitano 03. Raizal 04. Palenquero 05. Negro, mulato afro colombiano 06. Otro	B3C1	☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Guatemaltecos ☐ Políticos internacionales ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Militares comunitarios ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales	
3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente*		
01. Notificación autorizada 02. Búsqueda activa local 03. Vigilancia internacional 04. Búsqueda activa com. 05. Búsqueda activa internacional	País: Colombia Departamento: Cordoba Municipio: Villavieja		
3.3 Dirección de residencia*	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso*
Villa Virena	07/07/2023	07/07/2023	01. Sospecho 02. Probable 03. Conf. por laboratorio 04. Conf. Clínica 05. Conf. caso epidemiológico
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.8 Condición final*	3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.10 Número certificado de defunción
	01. Vivo 02. Muerto 03. No sabe, no responde		
3.11 Causa básica de muerte	3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha*	3.13 Teléfono del profesional	
	Roberto Raza Hernandez	919237237	
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Regulamiento y clasificación final del caso		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	
01. No aplica 02. Conf. Clínica 03. Descartado 04. Descartado por error de digitación 05. Conf. por laboratorio 06. Conf. caso epidemiológico 07. Otro actualización			

Correos: sivigila@ins.gov.co

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V.03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confiabilidad de la información (Ley 1712 de 2014 / Ley 1712 de 2014)

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente Arline Luc Garcia Ruiz	B. Tipo de ID CC	C. Número de documento 105278453
--	----------------------------	--

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO DEL PAIENTE AGRESOR Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto ☐ 1. Mordedura ☒ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabioso ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rabioso ☐ 5. Inhalación en ambientes cerrados o virus rabioso (sarcoides) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabioso ☐ 7. En área cubierta del cuerpo ☐ 8. En área descubierta del cuerpo		
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	5.3 Tipo de lesión ☐ 1. Única ☐ 2. Múltiple	5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☐ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos		
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 07/12/2025	5.7 Especie agresora ☐ 1. Peto ☐ 2. Gato ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 4. Equino ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 6. Zorro ☐ 7. Murciélago ☐ 8. Mito ☐ 9. Humano ☐ 10. Otros salvajes ☐ 11. Otros Caninos ☐ 12. Otros roedores ☐ 13. Otros reptiles	
5.8 ¿Animal vacunado? ☐ 1. Sí ☒ 2. No ☐ 3. Desconocido	5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Ricardo Castro		
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor:		
5.13 Teléfono del propietario:		
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido	5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. Desconocido	5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Pendulo
5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave		

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

6.1 ¿Antes de la consulta actual el paciente había recibido: ☒ 1. Sero antirrábico ☐ 2. No ☐ 3. No sabe	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) [] [] [] [] [] []	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Sí ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.4 Número de dosis [] [] [] [] [] []	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) [] [] [] [] [] []
--	--	--	---	--

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Sí ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Sí ☒ 2. No
--	--	---	---

Correo: sivigila@ins.gov.co

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA Secretaría de Desarrollo de la Salud																																																																													
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA																																																																															
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO Arlene Luz Garcia Ruiz		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☒ RC ☐ N° 1085378453																																																																													
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Barrio Villa Venecia		TELÉFONO 3044416088																																																																													
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PACIENTE E.S.E CAMU MOMIL		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE AGRESIÓN</th> <th colspan="3">FECHA DE CONSULTA</th> </tr> <tr> <th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> <th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>07</td><td>12</td><td>25</td> <td>07</td><td>12</td><td>25</td> </tr> </table>	FECHA DE AGRESIÓN			FECHA DE CONSULTA			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	07	12	25	07	12	25																																																											
FECHA DE AGRESIÓN			FECHA DE CONSULTA																																																																												
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO																																																																										
07	12	25	07	12	25																																																																										
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO																																																																															
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Reinaldo Castro		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☐ RC ☐ N° ☐																																																																													
DEPARTAMENTO Córdoba	MUNICIPIO MOMIL	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA 																																																																													
TELÉFONO 	COMUNIDAD / LOCALIDAD 	BARRIO / VEREDA 																																																																													
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR																																																																															
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR 	ESPECIE 	RAZA 																																																																													
SEXO MACHO ☐ HEMBRA ☐	VACUNADO SI ☐ NO ☐	FECHA DE VACUNACIÓN DÍA ☐ MES ☐ AÑO ☐																																																																													
SEÑAS PARTICULARES 																																																																															
SEÑAL DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">SIGNOS</th> <th colspan="3">VISITA</th> </tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th> </tr> <tr> <td>CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CAMBIOS EN EL APETITO</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PELO ERIZADO</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HUIDIZO</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>EXCITACIÓN</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>AGRESIVIDAD</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>SIALORREA</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	SIGNOS	VISITA			1	2	3	CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO				CAMBIOS EN EL APETITO				PELO ERIZADO				HUIDIZO				EXCITACIÓN				AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS				AGRESIVIDAD				SIALORREA				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">SIGNOS</th> <th colspan="3">VISITA</th> </tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th> </tr> <tr> <td>DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>CONVULSIONES</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>INCORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>NINGUNO</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> <tr> <td>OTRO*</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	SIGNOS	VISITA			1	2	3	DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN				ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)				CONVULSIONES				INCORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS				PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES				ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA				NINGUNO	X	X	X	OTRO*			
SIGNOS		VISITA																																																																													
	1	2	3																																																																												
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO																																																																															
CAMBIOS EN EL APETITO																																																																															
PELO ERIZADO																																																																															
HUIDIZO																																																																															
EXCITACIÓN																																																																															
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS																																																																															
AGRESIVIDAD																																																																															
SIALORREA																																																																															
SIGNOS	VISITA																																																																														
	1	2	3																																																																												
DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN																																																																															
ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)																																																																															
CONVULSIONES																																																																															
INCORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS																																																																															
PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES																																																																															
ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA																																																																															
NINGUNO	X	X	X																																																																												
OTRO*																																																																															
* ¿CUÁL?																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>FECHA DE LA VISITA</th> <th>NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA</th> <th>NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA</th> </tr> <tr> <td>DÍA MES AÑO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13 12 25</td> <td>Reinaldo Castro</td> <td>Charles D Lopez F</td> </tr> <tr> <td>15 12 25</td> <td>Reinaldo Castro</td> <td>Charles D Lopez F</td> </tr> <tr> <td>18 12 25</td> <td>Reinaldo Castro</td> <td>Charles D Lopez F</td> </tr> </table>			FECHA DE LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA	DÍA MES AÑO			13 12 25	Reinaldo Castro	Charles D Lopez F	15 12 25	Reinaldo Castro	Charles D Lopez F	18 12 25	Reinaldo Castro	Charles D Lopez F																																																														
FECHA DE LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA																																																																													
DÍA MES AÑO																																																																															
13 12 25	Reinaldo Castro	Charles D Lopez F																																																																													
15 12 25	Reinaldo Castro	Charles D Lopez F																																																																													
18 12 25	Reinaldo Castro	Charles D Lopez F																																																																													
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACIÓN SANO ☒ ENFERMO ☐ MUERTO ☐ PRESENTO SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON RABIA ☐ SI ☐ NO ☒																																																																															
OTRAS OBSERVACIONES 																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA</th> <th>NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA</th> </tr> <tr> <td>DÍA MES AÑO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 12 25</td> <td>Mendoza</td> </tr> </table>			FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA	NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA	DÍA MES AÑO		18 12 25	Mendoza																																																																							
FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA	NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA																																																																														
DÍA MES AÑO																																																																															
18 12 25	Mendoza																																																																														

Agresión felina en el municipio de Momil

Fecha: 07/12/2025

Persona agredida: Arlene Luz García Ruiz



Fecha: 18/12/2025

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1712/04 y 1344/06

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPOD*		Razón social de la unidad primaria generadora del dato*	
[23] [4614] [] [] [] [] [] []		E.S.E Camu momi	
1.2 Nombre de evento*		Código del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)*
Rabia ATR		[300]	[09] [12] [2025]
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento*		2.2 Número de identificación*	
ORC OTI ☒ CC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCO OBO ODE OPT		15700461	
*RC: REGISTRO CIVIL; TI: TARJETA IDENTIDAD; CE: CÉDULA CIUDADANA; CE: CÉDULA EXTRANJERA; PA: PASAPORTE; SE: MENSAJE DE; AS: ADJUTO EN D; PE: EXEMPLE ESPECIAL DE FERNANDEZ; CE: CERTIFICADO DE NACIMIENTO; CN: CARNÉ DE NACIMIENTO; SE: SAL VOTACION; DE: DOCUMENTO EXTRAJERO; PE: PRESENTE POR PROTECCIÓN TEMPORAL			
2.3 Nombre y apellidos del paciente		2.4 Teléfono*	
Libardo Antonio Coarves Sermeno			
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad*	2.7 Unidad de medida de la edad*	2.8 Nacionalidad*
[18] [10] [1955]	70	☒ 1. Años ☐ 3. Días ☐ 5. Minutos ☐ 2. Meses ☐ 4. Horas ☐ 0. No aplica	Colombia
2.9 Sexo*	2.10 Identidad de género	2.11 Orientación sexual	
☒ M. Hombre ☐ I. Indeterminado ☐ F. Mujer	☒ Hombre ☐ 3. Hombre trans ☐ 4. Otro ☐ 2. Mujer ☐ 4. Mujer trans ☐ 5. Otro	☒ 1. Heterosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Otro ☐ 2. Gay/Lesbiano	
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso*	2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso*	2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso*	
Colombia	Cordoba - Momi	☒ 1. Cabecera municipal ☐ 3. Rural disperso ☐ 2. Centro poblado	
2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso	2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso	2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso	
	Los robles	cm	
2.18 Tipo de régimen de salud*	2.19 Tipo de régimen de salud*		2.20 Nombre de la administración de Planes de beneficios*
☐ P. Escapación ☐ C. Contributivo ☐ 1. No asegurado ☐ E. Especial ☒ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/pendiente	☐ P. Escapación ☐ C. Contributivo ☐ 1. No asegurado ☐ E. Especial ☒ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/pendiente		Nuevo Epl.
2.22 Pertenencia étnica*	2.23 Estado		
☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raízal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☒ 6. Otro	7		
2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente*			
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Sembreros de productos ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales			
3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente*		3.3 Dirección de residencia*
☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 5. Investigación ☐ 2. Vigilancia activa inst. ☐ 6. Investigaciones	Colombia - Cordoba - Momi		Baño Los robles momi
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso*	3.7 Hospitalizado*
[09] [12] [2025]	[09] [12] [2025]	☐ 1. Sospecho ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. caso epidemiológico ☐ 2. Probable	☐ SI ☐ No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.9 Condición final*	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.11 Número certificado de defunción
[] [] [] [] [] [] [] []	☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No sabe, no responde	[] [] [] [] [] [] [] []	
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha*		3.14 Teléfono del profesional*
[] [] [] [] [] [] [] []	Diana María Rmuy		3152521620
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	
☐ 0. No aplica ☐ 1. Conf. Clínica ☐ 2. Descartado ☐ 3. Descartado por error de declaración ☐ 4. Conf. por laboratorio ☐ 5. Conf. caso epidemiológico ☐ 6. Otro actualización ☐ 7. Otro actualización		[] [] [] [] [] [] [] []	

Correos: sivigila@ins.gov.co

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R020000-076 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1712 de 2014 y Ley 1273 de 2019

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente Libardo Antonio Coval	B. Tipo de ID Ce	C. Número de documento 75700461
---	----------------------------	---

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño		☐ En Área cubierta del cuerpo ☐ En Área descubierta del cuerpo	
5.1 Tipo de agresión o contacto ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabico ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rabico ☐ 5. Inhalación en ambientes cargados o virus rabico (aerocoles) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabico			
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No		5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	
5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda			
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☐ 5. Miembros inferiores ☒ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 09/12/2025		5.7 Especie agresora ☒ 1. Perra ☐ 2. Gato ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 4. Equido ☐ 5. Porcino (cerco) ☐ 6. Murciélago ☐ 7. Humano ☐ 8. Zorro ☐ 9. Mico ☐ 10. Otros silvestres ☐ 11. Ovíno-Canino ☐ 12. Otros silvestres ☐ 13. Ovíno-Canino ☐ 14. Grandes roedores	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. Desconocido		5.9 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) - -		5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Libardo Coval Sierra	
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: Barrio noble		5.13 Teléfono del propietario 	
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. Desconocido	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave	

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:				
6.1 Suero antirrábico	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6.3 Vacuna antirrábica	6.4 Número de dosis	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)
☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	- -	☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe		- -

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDEENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Si ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Si ☒ 2. No
---	---	--	--

Correo: sivigila@ins.gov.co

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA Secretaría de Desarrollo de la Salud																							
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA																									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO Libardo Antonio Cavaas Sermeno		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☒ RC ☐ N° 75700467																							
DIRECCION DE RESIDENCIA Barrio los Robles		TELEFONO 																							
LUGAR DE ATENCION DEL PACIENTE E.S.E CAMU MOMIL		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE AGRESION</th> <th colspan="3">FECHA DE CONSULTA</th> </tr> <tr> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>09</td><td>12</td><td>25</td> <td>09</td><td>12</td><td>25</td> </tr> </table>	FECHA DE AGRESION			FECHA DE CONSULTA			DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	09	12	25	09	12	25					
FECHA DE AGRESION			FECHA DE CONSULTA																						
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO																				
09	12	25	09	12	25																				
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO																									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Libardo Cavaas Sermeno		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☒ RC ☐ N° 75700467																							
DEPARTAMENTO Córdoba	MUNICIPIO MOMIL	DIRECCION DE RESIDENCIA Barrio los Robles																							
TELEFONO 	COMUNIDAD / LOCALIDAD 	BARRIO/ VEREDA 																							
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR																									
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR 		ESPECIE 																							
RAZA 		COLOR 																							
EDAD 																									
SEXO MACHO ☐ HEMBRA ☐ SI ☐ NO ☐		VACUNADO DESCONOCIDO ☐																							
FECHA DE VACUNACION DIA ☐ MES ☐ AÑO ☐		SEÑAS PARTICULARES 																							
SEÑALE DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACION																									
SIGNOS 		VISITA 																							
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO 		DIFICULTAD EN LA DEGLUCION 																							
CAMBIOS EN EL APETITO 		ALTERACION DEL LADRIDO (RONCO) 																							
PELO ERIZADO 		CONVULSIONES 																							
HUIDIZO 		INCORDINACION EN LOS MOVIMIENTOS 																							
EXCITACIÓN 		PARALISIS DE LAS EXTREMIDADES 																							
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTIMULOS 		ATORAMIENTO / MANDIBULA CAIDA 																							
AGRESIVIDAD 		NINGUNO 																							
SIALORREA 		OTRO * 																							
* ¿CUAL?																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE LA VISITA</th> <th rowspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA</th> <th rowspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA</th> </tr> <tr> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>13</td><td>12</td><td>25</td> <td>Libardo Cavaas</td> <td>Charles A López</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>12</td><td>25</td> <td>Libardo Cavaas</td> <td>Charles A López</td> </tr> <tr> <td>20</td><td>12</td><td>25</td> <td>Libardo Cavaas</td> <td>Charles A López</td> </tr> </table>			FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA	DIA	MES	AÑO	13	12	25	Libardo Cavaas	Charles A López	17	12	25	Libardo Cavaas	Charles A López	20	12	25	Libardo Cavaas	Charles A López
FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA																					
DIA	MES	AÑO																							
13	12	25	Libardo Cavaas	Charles A López																					
17	12	25	Libardo Cavaas	Charles A López																					
20	12	25	Libardo Cavaas	Charles A López																					
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACION SANO ☒ ENFERMO ☐ MUERTO ☐ PRESENTO SINTOMATOLOGIA COMPATIBLE CON RABIA SI ☐ NO ☒																									
OTRAS OBSERVACIONES 																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA NOTIFICACIÓN AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA</th> <th rowspan="2">NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA</th> </tr> <tr> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>20</td><td>12</td><td>25</td> <td>T. Muecoza</td> </tr> </table>			FECHA NOTIFICACIÓN AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA			NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA	DIA	MES	AÑO	20	12	25	T. Muecoza												
FECHA NOTIFICACIÓN AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA			NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA																						
DIA	MES	AÑO																							
20	12	25	T. Muecoza																						

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 09/12/2025

Persona agredida: Libardo Antonio Coavas



Fecha: 20/12/2025

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Periodo de cumplimiento	Observaciones
1	Seguimiento de animales agresores	contratista	Diciembre	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>[Signature]</i>
Nombre: <i>[Name]</i>	Nombre: <i>[Name]</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-2025-464-101
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 20-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 9:00 am
Cargo:	Fin: 10:00 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU MOMTEL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	312 674 6630
2	teresa Mendoza	Enf. jefe	314 538 0247
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	visita semana epidemiológica #51
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron tres (3) casos de Pacientes por mordedura de Perro correspondiente a esta semana epidemiológica, de los cuales 2 son observables y 1 sin información.
Observaciones.



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V.11 2022-06-08

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPRC		Razón social de la unidad primaria generadora del dato	
Código		ESE Camu Monil	
1.2 Nombre del evento		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)	
Muerto de la perno		30/01/2025	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento		2.2 Número de identificación	
X TI OCE OPA OMS OAS OPE OCH OCO OSC ODE OPT		1063176502	
2.3 Nombres y apellidos del paciente			
Laurens Espita Hernandez			
2.4 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		2.5 Sexo	
17/03/2015		X Masculino	
2.6 Edad		2.7 Unidad de medida de la edad	
19		X Años	
2.8 País de nacimiento		2.9 Nacionalidad	
Colombia		Colombiana	
2.10 País de nacimiento del caso		2.11 Área de ocurrencia del caso	
Colombia		X Urbana	
2.12 Localidad de ocurrencia del caso		2.13 Cacería municipal (centro poblado/rural/disperso)	
V/San Miguel		San Miguel	
2.14 Tipo de registro en salud		2.15 Nombre de la administradora de Planes de Salud	
X Estructural		Nueva EPS	
2.16 Pertenencia étnica		2.17 Estado	
X Indígena		X Cito	
2.18 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente			
X Personas en condición de discapacidad			
X Otros grupos poblacionales			
3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente	
X Notificación rutinaria		Colombia - Córdoba - Camu Monil	
3.3 Dirección de residencia		3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	
Vereda San Miguel		17/12/2025	
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)		3.6 Clasificación inicial de caso	
17/12/2025		X Probable	
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)		3.8 Condición final	
		X Vivo	
3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)		3.10 Número certificado de defunción	
3.11 Causa básica de muerte		3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha	
		Dijon Durango	
3.13 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)		3.14 Teléfono	
		3752521629	
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	
X No aplica			
X Conf. Clínica			
X Conf. por laboratorio			
X Conf. nuevo epidemiológico			
X Descartado			
X Omitido por error de digitación			
X Otra actualización			

Correos: sivigila@ins.gov.co

Scanned with
CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02 0000-075 V 02 2022-06-08

Formulario de notificación de casos de agresión por animales potencialmente transmisores de rabia, para uso en establecimientos de salud y centros de atención comunitaria, y para uso en establecimientos de salud y centros de atención comunitaria.

A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID	C. Número de documento
Luis E. Espitia Hernández		TI	10.63746502

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto

☒ 1 Mordedura ☐ 2 Arañazo o rasguño

5.2 ¿Agresión provocada?

☐ 1 Sí ☒ 2 No

5.3 Tipo de lesión

☐ 1 Única ☒ 2 Múltiple

5.4 Profundidad

☒ 1 Superficial ☐ 2 Profunda

5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario)

☐ 1 Cabeza cara cuello ☒ 2 Manos brazos ☐ 3 Tronco ☒ 4 Miembros superiores ☐ 5 Miembros inferiores ☐ 6 Pies tobillos ☐ 7 Los dos externos

5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa)

17/12/2025

5.7 Especie agresora

☒ 1 Perro ☐ 2 Gato ☐ 3 Bovino/Bovino ☐ 4 Equino ☐ 5 Porcino (cerdo) ☐ 6 Murciélago ☐ 7 Murciélago ☐ 8 Zorro ☐ 9 Alce ☐ 10 Humano ☐ 11 Oso ☐ 12 Oso ☐ 13 Oso ☐ 14 Oso ☐ 15 Oso ☐ 16 Oso ☐ 17 Oso ☐ 18 Oso ☐ 19 Oso ☐ 20 Oso

5.8 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica?

☐ 1 Sí ☒ 2 No

5.9 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa)

5.10 Nombre del propietario o responsable del agresor: Luis E. Espitia

5.11 Dirección del propietario o responsable del agresor: Vía de la Libertad

5.12 Teléfono del propietario: 313 313 313

5.13 Estado del animal al momento de la consulta

☒ 1 Vivo ☐ 2 Muerto ☐ 3 Desconocido

5.14 Ubicación del animal agresor

☒ 1 Observado ☐ 2 No observado ☐ 3 No observado

5.15 Tipo de exposición

☒ 1 No observada ☐ 2 Observada ☐ 3 Observada

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

6.1 ¿Gruo antirrábico?

☐ 1 No ☒ 2 No

6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)

6.3 Vacuna antirrábica

☐ 1 Sí ☒ 2 No

6.4 Número de dosis

6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón?

☒ 1 Sí ☐ 2 No

7.2 ¿Biotina de la herida?

☒ 1 Sí ☐ 2 No

7.3 ¿Ordenó suero antirrábico?

☐ 1 Sí ☒ 2 No

7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna?

☐ 1 Sí ☒ 2 No

Correo: sivigila@minsa.gob.ec

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V.12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1712 de 2014 y Ley 1286 de 2009

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPGD *	Razón social de la unidad primaria generadora del dato *		
23 41641	ESE CAMU Florina		
Departamento	Municipio	Código	S.U. - Índice
1.2 Nombre del evento *	Código del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *	
AAPTIR	300	20/12/2025	

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento *		2.2 Número de identificación *	
OR OC OT OCE OPA OMS OAS OPE OCH OCO OBO ODE OPT		1065377902	
* RC: RESORTE CIVIL / TI: TALENTO IDENTIFICADO / CE: CÉDULA CIUDADANÍA / CE: CÉDULA EXTRANJERÍA / PA: PASAPORTE / SE: MENOR SIN ID / AS: ADULTO SIN ID / PE: PERSONA ESPECIAL DE PERMANENCIA / CO: CERTIFICADO DE NACIMIENTO / CO: CARNÉ DIPLOMATADO / NC: SAL VIGILANCIA / DE: DOCUMENTO EXTRANJERO / PE: PERSONA POR PROTECCIÓN TEMPORAL			
2.3 Nombre y apellidos del paciente *			2.4 Teléfono *
Santiago Soto conde			302-2569574
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad *	2.7 Unidad de medida de la edad *	2.8 Nacionalidad *
25/04/2017	9	01. Años 03. Días 06. Minutos 02. Meses 04. Horas 00. No aplica	Colombiana
2.9 Sexo *	2.10 Identidad de género		2.11 Orientación sexual
01. Hombre 02. Indeterminado 03. Mujer	01. Hombre 02. Hombre trans 03. Otro 04. Mujer 05. Mujer trans Cúll otro?		01. Bisexual Cúll otro? 02. Gay/Lesbiano 03. Otro
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *		2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *	
Colombia		Cordoba	
2.14 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *		2.15 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso *	
Monte IV		El Roble	
2.16 Tipo de régimen de salud *		2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso *	
01. Excepción 02. Contributivo 03. No asegurado 04. Especial 05. Subsidio 06. Indeterminado pendiente		C. M	
2.18 Nombre de la administración de Planes de beneficio *		2.19 Verificación procedencia/ocurrencia del caso *	
Escolima		Código	
2.22 Pertenencia étnica *		2.23 Estado *	
01. Indígena 02. Afrocolombiano 03. Raíz 04. Palenquero 05. Negro, mulato afrocolombiano 06. Otro		1	
2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *			
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Población indígena a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales			

3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *	
01. Notificación rutinaria 02. Búsqueda activa int. 03. Vigilancia intensificada 04. Búsqueda activa com. 05. Investigaciones		País Departamento Municipio 170 23 41641	
3.3 Dirección de residencia * El Roble			
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso *	3.7 Hospitalizado *
20/12/2025	20/12/2025	01. Sospechoso 02. Probable 03. Conf. por laboratorio 04. Conf. Clínica 05. Conf. caso epidemiológico	01. Si 02. No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.9 Condición final *	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.11 Número certificado de defunción
	01. Vivo 02. Muerto 03. No sabe, no responde		
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *		3.14 Teléfono del profesional
	Rosario Perez		3192434237

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	
01. No aplica 02. Conf. Clínica 03. Descartado 04. Descartado por error de digitación 05. Conf. por laboratorio 06. Conf. caso epidemiológico 07. Otro actualización			

Correos: sivigila@lns.gov.co

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R020000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información L17 2022/01 y 2022/02

RELACION CON DATOS BASICOS

A. Nombres y apellidos del paciente <u>Santiago Soto Corda</u>	B. Tipo de ID <u>TE</u>	C. Número de documento <u>1065379402</u>
---	----------------------------	---

DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabioso ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rabioso ☐ 5. Inhalación en ambientes cerrados o virus rabioso (aerolíneas) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabioso	5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	5.3 Tipo de lesión ☐ 1. Única ☒ 2. Múltiple	5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☒ 4. Miembros superiores ☐ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos	5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) <u>00/12/2025</u>	5.7 Especie agresora ☒ 1. Perro ☐ 2. Gato ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 4. Equino ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 6. Murciélago ☐ 7. Zorro ☐ 8. Mico ☐ 9. Humano ☐ 10. Otros silvestres ☐ 11. Grandes roedores	5.8 Animal vacunado ☐ 1. Sí ☒ 2. No ☐ 3. Desconocido
5.9 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) 	5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: <u>Rony La Alvariz R.</u>	
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: <u>2 Risco CH 6 4-12</u>		5.13 Teléfono del propietario	
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido	5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. Desconocido	5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido	5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido: 6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Sí ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) 	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Sí ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.4 Número de dosis 	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)
---	--	---	---	--

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Sí ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Sí ☒ 2. No
---	---	--	--

Correo: sivigila@ins.gov.co

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos los artículos que se encuentran en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información UIT 0374/05 y UIT 0374/06

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPD *	Razón social de la unidad primaria generadora del dato *		
Departamento: Cundinamarca Municipio: Muzo Código: 000 Sub-código: 000	ESE CARU N.º 10000		
1.2 Nombre del evento *	Código del evento: 300	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *	
		19/12/2023	

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento *	2.2 Número de identificación *		
☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OM ☐ OS ☐ OJ ☐ OE ☐ OC ☐ OB ☐ OD ☐ OT	1065378848		
2.3 Nombre y apellidos del paciente *			2.4 Teléfono *
JSAAC David Arturo Avila			321 639 4659
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) *	2.6 Edad *	2.7 Unidad de medida de la edad *	2.8 Nacionalidad *
16/04/2014	11	☐ 1. Años ☐ 3. Días ☐ 6. Minutos ☐ 2. Meses ☐ 4. Horas ☐ 9. No aplica	Colombiano
2.9 Sexo *	2.10 Identidad de género *	2.11 Orientación sexual *	
☐ M. Hombre ☐ F. Indeterminado ☐ P. Mujer	☐ 1. Hombre ☐ 2. Hombre trans ☐ 3. Otro ☐ 4. Mujer ☐ 5. Mujer trans ☐ 6. Otro	☐ 1. Heterosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 5. Cui? ☐ 7. Otro ☐ 2. Gay/Lesbiano ☐ 4. Otro	
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *			
Colombia			
2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *			
Cundinamarca Muzo			
2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *	2.15 Vereda/zona de procedencia/ocurrencia *		
☐ 1. Cabecera municipal ☐ 3. Rural disperso ☐ 2. Centro poblado	Muzo		
2.16 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *	2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso *		
Muzo	Muzo		
2.18 Tipo de régimen de salud *			
☐ P. Empleado ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☐ E. Especial ☐ B. Subsidado ☐ I. Indeterminado/pendiente			
2.19 Nombre de la administración de Planes de beneficios *			
Muzo Sur			
2.20 Pertenencia étnica *			
☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raízal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☐ 6. Otro			
2.21 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *			
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Desplazados ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales			

3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente *	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *		
☐ 1. Notificación autorizada ☐ 4. Seguimiento activo com. ☐ 2. Notificación activa inst. ☐ 3. Investigación	País: Colombia Departamento: Cundinamarca Municipio: Muzo		
3.3 Dirección de residencia *	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) *		
Calle 6 #122-70	14/12/2023		
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) *	3.6 Clasificación inicial de caso *		3.7 Hospitalizado *
14/12/2023	☐ 1. Sospechoso ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 2. Probable ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. nuevo epidemiológico		☐ SI ☐ No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) *	3.9 Condición final *	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) *	3.11 Número certificado de defunción
	☐ 1. Vero ☐ 2. Muerto ☐ 3. No sabe, no responde		
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *		3.14 Teléfono del profesional *
	Ricardo Rene Torres		3192434237

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES	
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso *	4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) *
☐ 1. No aplica ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 6. Descartado ☐ 9. Descartado por error de digitación ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 5. Conf. nuevo epidemiológico ☐ 7. Otro actualización	

Correos: sivigila@ins.gov.co

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R020000-076 V.03 2024-03-01

La fecha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1712/04 y 1288/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente ISAAC DAVID ARTEAGA AVALA	B. Tipo de ID TI	C. Número de documento 1065 378848
---	----------------------------	--

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabioso ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rabioso. ☐ 5. Inhalación en ambientes cerrados o virus rabioso (aerossol) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabioso		☐ En área cubierta del cuerpo ☐ En área descubierta del cuerpo
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Sí ☐ 2. No	5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario)		
☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos		
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 14-12-2025	5.7 Especie agresora ☒ 1. Perra ☐ 4. Equinos ☐ 8. Zorro ☐ 12. Otras silvestres ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☐ 6. Pordino (cerdo) ☐ 9. Mico ☐ 13. Ovino-Caprino ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Sí ☒ 3. Desconocido	5.9 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) 14-12-2025
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: pero de cual desconozco		
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor:		
5.13 Teléfono del propietario		
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido	5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido
5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave		

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:				
6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Sí ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) 14-12-2025	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Sí ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	6.4 Número de dosis 1	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) 14-12-2025

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Sí ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Sí ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Sí ☒ 2. No
---	---	--	--

Correo: sivigila@ins.gov.co

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	seguimiento de animales agresores	controlista	Diciembre	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>[Signature]</i>
Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre: <i>[Signature]</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-2025-464-103
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 9:00 am
Cargo:	Fin: 10:00 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU MOMIL

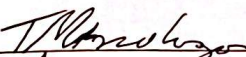
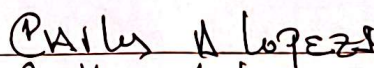
PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	312 671 6630
2	Teresa Mendoza	Enf. jefe	314 538 0247
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita Semana epidemiológica #52
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron cero (0) casos de pacientes correspondientes a esta semana epidemiológica.
Observaciones.

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/08/2019
GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	seguimiento de animales agresores	contratista	Diciembre	Ninguna.
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: 	Firma: 
Nombre: T. Morales	Nombre: P. A. Lopez
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/05/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTA-2025-469-105
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 9:00 am
Cargo:	Fin: 10:00 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: ESE CAMU MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	contratista	3126716630
2	Teresa Mendoza	Enf. Jefe	3145380247
3			
4			
5			

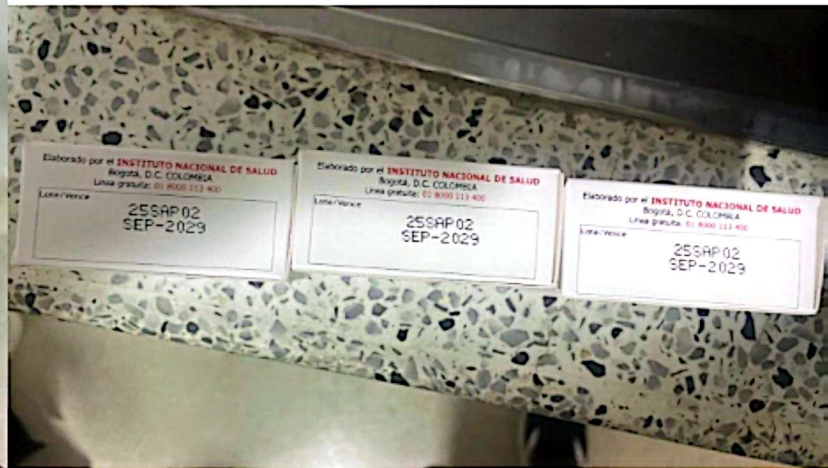
PUNTOS DE DISCUSION	
1	Inventario stock suero antiofidico
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En la inspección se encontró: Ampolla: 6 Lote: 255A P02 Vencimiento: sep-2029 Fabricante: INS
Observaciones.

ANEXOS FOTOGRÁFICOS DE STOCK DE SUERO ANTIOFÍDICO

E.S.E. CAMU MOMIL

27/12/2025



 DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	FORMATO	CODIGO: GMP.P3.F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Periodo de cumplimiento	Observaciones
1	Inspección stock	contratista	Diciembre	Ninguna.
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>Carlos A Lopez</i>
Nombre: <i>Juan Mendoza</i>	Nombre: <i>Carlos A Lopez</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-464-098
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 06-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 8:00 am
Cargo:	Fin: 8:40 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: IPS MANEXKA MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contralista	3126716630
2	Elia Palit	Enf. Jefe	3019165806
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	visita semana epidemiológica # 49
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron un (1) caso de Paciente por mordedura de perro correspondiente a esta semana epidemiológica, del cual si se tiene información del animal agresor.
Observaciones.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300, Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02 0000-075 V 03 2024-03-01

La Ficha de Notificación es para fines de registro en el sistema nacional y todos los datos que se ingresen en la ficha deben ser verificados y confirmados por el responsable del establecimiento (EPS, EPS y EPS)

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombre y apellido del paciente María Luz Sra. De Pestana	B. Tipo de ID CC	C. Número de documento 26012451
---	----------------------------	---

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto

☒ 1. Mordedura ☐ Si muerde, mordedura, selección área ☐ En área cutánea del cuerpo ☐ En área mucosa del cuerpo

☐ 2. Arañazo o rasguño

☐ 3. Contacto de mucosa a piel lesionada con saliva ☐ 4. Inyección en cualquier parte del cuerpo o zona afectada (ejemplo: BVI)

☐ 5. Contacto de mucosa a piel lesionada con saliva ☐ 6. Contacto de mucosa a piel lesionada con saliva ☐ 7. Traspaso de líquidos o tejidos infectados con virus rabioso

☐ 8. Contacto de mucosa a piel lesionada con saliva ☐ 9. Traspaso de líquidos o tejidos infectados con virus rabioso

5.2 ¿Agresión provocada?
☐ 1. Si ☒ 2. No

5.3 Tipo de lesión
☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple

5.4 Profundidad
☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda

5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario)

☒ 1. Cabeza cara, cuello ☐ 3. Tórax ☐ 5. Miembros inferiores ☐ 7. Genitales externos

☒ 2. Membreos ☐ 4. Miembros superiores ☐ 6. Pies, dedos

5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa)
01/12/2025

5.7 Especie agresora

☒ 1. Feroz ☐ 4. Feroz ☐ 8. Zorro ☐ 12. Oros silvestres ☐ 14. Grandes mamíferos

☐ 2. Canis ☐ 5. Felino (gato) ☐ 9. Murciélago ☐ 13. Oros silvestres ☐ 15. Otros mamíferos

☐ 3. Canis ☐ 6. Felino (gato) ☐ 10. Murciélago ☐ 16. Otros mamíferos

5.8 Animal vacunado
☒ 1. Si ☐ 3. Desconocido

5.9 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica?
☐ 1. Si ☒ 2. No

5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa)

5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor
Juan Carlos Pestana Sra

5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor
Río Alpacado

5.13 Teléfono del propietario
3205640847

5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto
☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido

5.15 Estado del animal al momento de la consulta
☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto

5.16 Ubicación del animal agresor
☒ 1. Conservado ☐ 2. Perdido

5.17 Tipo de exposición
☐ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:

6.1 Suero antirrábico
☐ 1. Si ☒ 2. No

6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)

6.3 Vacuna antirrábica
☐ 1. Si ☒ 2. No

6.4 Número de dosis

6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón?
☒ 1. Si ☐ 2. No

7.2 ¿Sutura de la herida?
☐ 1. Si ☒ 2. No

7.3 ¿Ordenó suero antirrábico?
☐ 1. Si ☒ 2. No

7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna?
☐ 1. Si ☒ 2. No

Correo: sivigila@ins.gov.co

Powered by **CamScanner**

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02 0000-001 V12 2024-03-01

La ficha de notificación es parte fundamental en la vigilancia en salud pública y todos los establecimientos que participan en el proceso deben garantizar la confiabilidad de la información (Ley 1712 de 2014 y Ley 1753 de 2014)

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *	Razon social de la entidad primaria generadora del dato *
	Clinica Planexka sect Nemil
1.2 Nombre del evento *	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *
300	01/12/2025

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *	2.2 Numero de identificación *
☐ RC ☐ CI ☐ CC ☐ CE ☐ CP ☐ CM ☐ CS ☐ CR ☐ CCN ☐ CCQ ☐ CCSC ☐ CCE ☐ CRT	26012451
2.3 Nombres y apellidos del paciente *	2.4 Telefono *
Marcia Luz soto De Pestana	314589376
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) *	2.6 Edad *
12/07/1950	75
2.7 Unidad de medida de la edad *	2.8 Nacionalidad *
☒ Años ☐ 3 Dias ☐ 5 Meses ☐ 2 Meses ☐ 4 Horas ☐ 0 No aplica	Colombiana
2.9 Sexo *	2.10 Identidad de género *
☐ M Hombre ☐ F Femenino ☒ M Hombre ☐ F Femenino	☐ 1 Hombre ☐ 2 Mujer trans ☐ 3 Otro
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *	2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *
Colombia	Córdoba - Nemil
2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *	2.15 Vereda/zona procedencia/ocurrencia *
☒ 1 Cabecera municipal ☐ 2 Rural dispersa ☐ 3 Centro urbano	
2.16 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *	2.17 Centro poblado de procedencia/ocurrencia del caso *
Concepción	
2.18 Ocupación del paciente *	2.19 Tipo de seguro en salud *
ama de casa	☐ P. Empleo ☐ C. Contributivo ☐ N. No asegurado ☐ E. Especial ☐ S. Subsidado ☐ I. Insegurado por ley
2.20 Numero de la administración de Planes de beneficio *	2.21 Estado *
Mitelser	2.22 Etnia *
	☐ 1 Indígena ☐ 2 Mestizo ☐ 3 Negra ☐ 4 Pardo ☐ 5 Negra mulatto ☐ 6 Otra
2.23 Selección de los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *	
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desplazados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de libertad ☐ Matrices comunitarias ☐ Centros de salud ☐ Otros grupos poblacionales	

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente *	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *
☒ 1 Notificación primaria ☐ 4 Búsqueda activa con ☐ 2 Búsqueda activa focal ☐ 3 Vigilancia intensificada	Colombia, Córdoba, Nemil
3.3 Dirección de residencia *	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) *
Barrío Concepción	01/12/2025
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) *	3.6 Clasificación inicial de caso *
01/12/2025	☐ 1 Sospecho ☐ 2 Conf. por laboratorio ☐ 3 Conf. Clínica ☐ 4 Conf. mixta epidemiológica
3.7 Hospitalizado *	3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) *
☐ Si ☐ No	
3.9 Condición final *	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) *
☐ 1 Vivo ☐ 2 Muerto ☐ 3 No está no responde	
3.11 Numero certificado de defunción *	3.12 Causa básica de muerte *
3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *	3.14 Telefono del profesional *
Laura Lucia Peclilla Renteria	3007723357

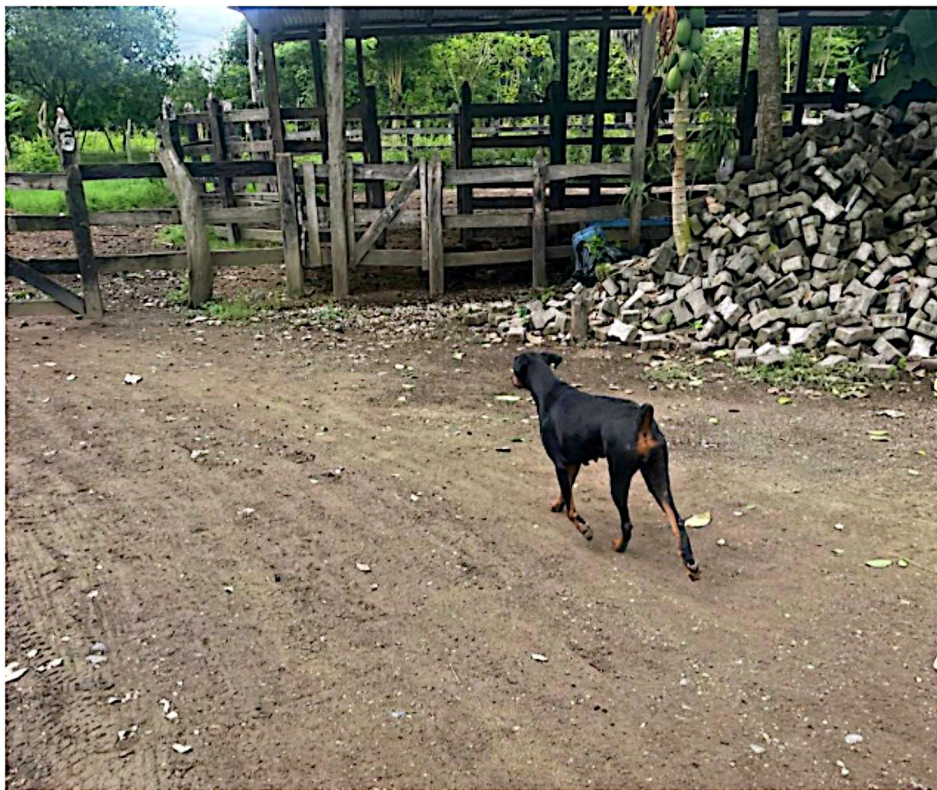
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso *	4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) *
☐ 0 No aplica ☐ 1 Conf. Clínica ☐ 2 Conf. por laboratorio ☐ 3 Conf. mixta epidemiológica ☐ 4 Conf. por laboratorio ☐ 5 Conf. por laboratorio ☐ 6 Conf. por laboratorio	

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 01/12/2025

Persona agredida: Marta Luz Soto



Fecha: 12/12/2025

 DEPARTAMENTO DE CORDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN 02
		FECHA: 13/05/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	Seguimiento de animales agresores	Contratista	Diciembre	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>Euse Pellut</i>	Firma: <i>Charles A Lopez</i>
Nombre:	Nombre: <i>Charles A Lopez</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-464-100
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 13-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 8:00 am
Cargo:	Fin: 8:40 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: IPS MANEXKA MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Elica Palut	Enf. Jefe	3017165806
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica #50
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron un (1) caso de paciente por mordedura de perro correspondiente a esta semana epidemiológica, el cual es observable
Observaciones.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cód INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R020000-075 V 03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos los anexos que forme parte en el proceso deben guardarse en confidencialidad de la información Ley 1712 de 2014 y 1794/99

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de documento	C. Número de documento
-------------------------------------	----------------------	------------------------

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1 Mordedura ☐ 2 Arañazo o rasguño ☐ 3 Contacto de mucosa o piel lesionada con virus rabioso ☐ 4 Contacto de mucosa o piel lesionada con líquido nervioso, material biológico o secreción de animales infectados con virus rabioso ☐ 5 Inyección en andamios cargados o virus rabioso (aerossol) ☐ 6 Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabioso	5.2 ¿Agresión provocada? ☒ 1 Sí ☐ 2 No	5.3 Tipo de lesión ☒ 1 Única ☐ 2 Múltiple	5.4 Profundidad ☒ 1 Superficial ☐ 2 Profunda
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1 Cabeza, cara, cuello ☐ 2 Manos, dedos ☐ 3 Tronco ☐ 4 Miembros superiores ☒ 5 Miembros inferiores ☐ 6 Pies, dedos ☐ 7 Genitales externos	5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 07 / 12 / 2025	5.7 Especie agresora ☒ 1 Perro ☐ 2 Gato ☐ 3 Bovino-Bufalino ☐ 4 Equino ☐ 5 Pavo/Pollo ☐ 6 Murciélago ☐ 7 Otro ☐ 8 Otros animales ☐ 9 Over-Caprine ☐ 10 Grandes roedores	5.8 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica? ☐ 1 Sí ☒ 2 No
5.9 Animal vacunado ☐ 1 Sí ☐ 3 Desconocido ☒ 2 No	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa)	5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Pedro Juan sotter	
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: Sabana	5.13 Teléfono del propietario: 3113316258		

5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1 Con signos de rabia ☐ 2 Sin signos de rabia ☒ 3 Desconocido	5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1 Vivo ☐ 2 Muerto ☐ 3 Desconocido	5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1 Observable ☐ 2 Perdido	5.17 Tipo de exposición ☒ 1 No exposición ☐ 2 Exposición leve ☐ 3 Exposición grave
---	---	--	--

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido: 6.1 Suero antirrábico ☐ 1 Sí ☐ 3 No sabe ☒ 2 No	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1 Sí ☐ 3 No sabe ☒ 2 No	6.4 Número de dosis	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)
---	---	---	----------------------------	---

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO POR LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1 Sí ☐ 2 No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1 Sí ☒ 2 No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☒ 1 Sí ☐ 2 No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1 Sí ☒ 2 No
--	--	---	---

correo: sivigila@ins.gov.co

Powered by CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación Individual

Datos básicos

FOR-R02 0600-001 12 2024-03-01

La ficha de notificación es parte fundamental del sistema de salud pública y todos los profesionales que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LUT 0271/09 y 0269/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGO *

Departamento: Municipio: Código: Sub-código:

1.2 Nombre del evento *

Mordedura de perro,

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *

ORC ☐ OT ☐ XCC ☒ OCE ☐ OPA ☐ OUS ☐ OAS ☐ OPE ☐ DCV ☐ OCB ☐ OCV ☐ OTI ☐ OET

2.2 Número de identificación *

15.702.416

2.3 Nombres y apellidos del paciente *

Andrés Raquel López Salazar

2.4 Teléfono *

311 331 6258

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) *

03/05/1978

2.6 Edad *

57

2.7 Unidad de medida de la estatura *

X Años ☐ C. 1 Meses ☐ C. 2 Meses ☐ C. 3 Meses ☐ C. 4 Meses ☐ C. 5 Meses ☐ C. 6 Meses ☐ C. 7 Meses ☐ C. 8 Meses ☐ C. 9 Meses ☐ C. 10 Meses ☐ C. 11 Meses ☐ C. 12 Meses ☐ C. 13 Meses ☐ C. 14 Meses ☐ C. 15 Meses ☐ C. 16 Meses ☐ C. 17 Meses ☐ C. 18 Meses ☐ C. 19 Meses ☐ C. 20 Meses ☐ C. 21 Meses ☐ C. 22 Meses ☐ C. 23 Meses ☐ C. 24 Meses ☐ C. 25 Meses ☐ C. 26 Meses ☐ C. 27 Meses ☐ C. 28 Meses ☐ C. 29 Meses ☐ C. 30 Meses ☐ C. 31 Meses ☐ C. 32 Meses ☐ C. 33 Meses ☐ C. 34 Meses ☐ C. 35 Meses ☐ C. 36 Meses ☐ C. 37 Meses ☐ C. 38 Meses ☐ C. 39 Meses ☐ C. 40 Meses ☐ C. 41 Meses ☐ C. 42 Meses ☐ C. 43 Meses ☐ C. 44 Meses ☐ C. 45 Meses ☐ C. 46 Meses ☐ C. 47 Meses ☐ C. 48 Meses ☐ C. 49 Meses ☐ C. 50 Meses ☐ C. 51 Meses ☐ C. 52 Meses ☐ C. 53 Meses ☐ C. 54 Meses ☐ C. 55 Meses ☐ C. 56 Meses ☐ C. 57 Meses ☐ C. 58 Meses ☐ C. 59 Meses ☐ C. 60 Meses ☐ C. 61 Meses ☐ C. 62 Meses ☐ C. 63 Meses ☐ C. 64 Meses ☐ C. 65 Meses ☐ C. 66 Meses ☐ C. 67 Meses ☐ C. 68 Meses ☐ C. 69 Meses ☐ C. 70 Meses ☐ C. 71 Meses ☐ C. 72 Meses ☐ C. 73 Meses ☐ C. 74 Meses ☐ C. 75 Meses ☐ C. 76 Meses ☐ C. 77 Meses ☐ C. 78 Meses ☐ C. 79 Meses ☐ C. 80 Meses ☐ C. 81 Meses ☐ C. 82 Meses ☐ C. 83 Meses ☐ C. 84 Meses ☐ C. 85 Meses ☐ C. 86 Meses ☐ C. 87 Meses ☐ C. 88 Meses ☐ C. 89 Meses ☐ C. 90 Meses ☐ C. 91 Meses ☐ C. 92 Meses ☐ C. 93 Meses ☐ C. 94 Meses ☐ C. 95 Meses ☐ C. 96 Meses ☐ C. 97 Meses ☐ C. 98 Meses ☐ C. 99 Meses ☐ C. 100 Meses ☐ C. 101 Meses ☐ C. 102 Meses ☐ C. 103 Meses ☐ C. 104 Meses ☐ C. 105 Meses ☐ C. 106 Meses ☐ C. 107 Meses ☐ C. 108 Meses ☐ C. 109 Meses ☐ C. 110 Meses ☐ C. 111 Meses ☐ C. 112 Meses ☐ C. 113 Meses ☐ C. 114 Meses ☐ C. 115 Meses ☐ C. 116 Meses ☐ C. 117 Meses ☐ C. 118 Meses ☐ C. 119 Meses ☐ C. 120 Meses ☐ C. 121 Meses ☐ C. 122 Meses ☐ C. 123 Meses ☐ C. 124 Meses ☐ C. 125 Meses ☐ C. 126 Meses ☐ C. 127 Meses ☐ C. 128 Meses ☐ C. 129 Meses ☐ C. 130 Meses ☐ C. 131 Meses ☐ C. 132 Meses ☐ C. 133 Meses ☐ C. 134 Meses ☐ C. 135 Meses ☐ C. 136 Meses ☐ C. 137 Meses ☐ C. 138 Meses ☐ C. 139 Meses ☐ C. 140 Meses ☐ C. 141 Meses ☐ C. 142 Meses ☐ C. 143 Meses ☐ C. 144 Meses ☐ C. 145 Meses ☐ C. 146 Meses ☐ C. 147 Meses ☐ C. 148 Meses ☐ C. 149 Meses ☐ C. 150 Meses ☐ C. 151 Meses ☐ C. 152 Meses ☐ C. 153 Meses ☐ C. 154 Meses ☐ C. 155 Meses ☐ C. 156 Meses ☐ C. 157 Meses ☐ C. 158 Meses ☐ C. 159 Meses ☐ C. 160 Meses ☐ C. 161 Meses ☐ C. 162 Meses ☐ C. 163 Meses ☐ C. 164 Meses ☐ C. 165 Meses ☐ C. 166 Meses ☐ C. 167 Meses ☐ C. 168 Meses ☐ C. 169 Meses ☐ C. 170 Meses ☐ C. 171 Meses ☐ C. 172 Meses ☐ C. 173 Meses ☐ C. 174 Meses ☐ C. 175 Meses ☐ C. 176 Meses ☐ C. 177 Meses ☐ C. 178 Meses ☐ C. 179 Meses ☐ C. 180 Meses ☐ C. 181 Meses ☐ C. 182 Meses ☐ C. 183 Meses ☐ C. 184 Meses ☐ C. 185 Meses ☐ C. 186 Meses ☐ C. 187 Meses ☐ C. 188 Meses ☐ C. 189 Meses ☐ C. 190 Meses ☐ C. 191 Meses ☐ C. 192 Meses ☐ C. 193 Meses ☐ C. 194 Meses ☐ C. 195 Meses ☐ C. 196 Meses ☐ C. 197 Meses ☐ C. 198 Meses ☐ C. 199 Meses ☐ C. 200 Meses ☐ C. 201 Meses ☐ C. 202 Meses ☐ C. 203 Meses ☐ C. 204 Meses ☐ C. 205 Meses ☐ C. 206 Meses ☐ C. 207 Meses ☐ C. 208 Meses ☐ C. 209 Meses ☐ C. 210 Meses ☐ C. 211 Meses ☐ C. 212 Meses ☐ C. 213 Meses ☐ C. 214 Meses ☐ C. 215 Meses ☐ C. 216 Meses ☐ C. 217 Meses ☐ C. 218 Meses ☐ C. 219 Meses ☐ C. 220 Meses ☐ C. 221 Meses ☐ C. 222 Meses ☐ C. 223 Meses ☐ C. 224 Meses ☐ C. 225 Meses ☐ C. 226 Meses ☐ C. 227 Meses ☐ C. 228 Meses ☐ C. 229 Meses ☐ C. 230 Meses ☐ C. 231 Meses ☐ C. 232 Meses ☐ C. 233 Meses ☐ C. 234 Meses ☐ C. 235 Meses ☐ C. 236 Meses ☐ C. 237 Meses ☐ C. 238 Meses ☐ C. 239 Meses ☐ C. 240 Meses ☐ C. 241 Meses ☐ C. 242 Meses ☐ C. 243 Meses ☐ C. 244 Meses ☐ C. 245 Meses ☐ C. 246 Meses ☐ C. 247 Meses ☐ C. 248 Meses ☐ C. 249 Meses ☐ C. 250 Meses ☐ C. 251 Meses ☐ C. 252 Meses ☐ C. 253 Meses ☐ C. 254 Meses ☐ C. 255 Meses ☐ C. 256 Meses ☐ C. 257 Meses ☐ C. 258 Meses ☐ C. 259 Meses ☐ C. 260 Meses ☐ C. 261 Meses ☐ C. 262 Meses ☐ C. 263 Meses ☐ C. 264 Meses ☐ C. 265 Meses ☐ C. 266 Meses ☐ C. 267 Meses ☐ C. 268 Meses ☐ C. 269 Meses ☐ C. 270 Meses ☐ C. 271 Meses ☐ C. 272 Meses ☐ C. 273 Meses ☐ C. 274 Meses ☐ C. 275 Meses ☐ C. 276 Meses ☐ C. 277 Meses ☐ C. 278 Meses ☐ C. 279 Meses ☐ C. 280 Meses ☐ C. 281 Meses ☐ C. 282 Meses ☐ C. 283 Meses ☐ C. 284 Meses ☐ C. 285 Meses ☐ C. 286 Meses ☐ C. 287 Meses ☐ C. 288 Meses ☐ C. 289 Meses ☐ C. 290 Meses ☐ C. 291 Meses ☐ C. 292 Meses ☐ C. 293 Meses ☐ C. 294 Meses ☐ C. 295 Meses ☐ C. 296 Meses ☐ C. 297 Meses ☐ C. 298 Meses ☐ C. 299 Meses ☐ C. 300 Meses ☐ C. 301 Meses ☐ C. 302 Meses ☐ C. 303 Meses ☐ C. 304 Meses ☐ C. 305 Meses ☐ C. 306 Meses ☐ C. 307 Meses ☐ C. 308 Meses ☐ C. 309 Meses ☐ C. 310 Meses ☐ C. 311 Meses ☐ C. 312 Meses ☐ C. 313 Meses ☐ C. 314 Meses ☐ C. 315 Meses ☐ C. 316 Meses ☐ C. 317 Meses ☐ C. 318 Meses ☐ C. 319 Meses ☐ C. 320 Meses ☐ C. 321 Meses ☐ C. 322 Meses ☐ C. 323 Meses ☐ C. 324 Meses ☐ C. 325 Meses ☐ C. 326 Meses ☐ C. 327 Meses ☐ C. 328 Meses ☐ C. 329 Meses ☐ C. 330 Meses ☐ C. 331 Meses ☐ C. 332 Meses ☐ C. 333 Meses ☐ C. 334 Meses ☐ C. 335 Meses ☐ C. 336 Meses ☐ C. 337 Meses ☐ C. 338 Meses ☐ C. 339 Meses ☐ C. 340 Meses ☐ C. 341 Meses ☐ C. 342 Meses ☐ C. 343 Meses ☐ C. 344 Meses ☐ C. 345 Meses ☐ C. 346 Meses ☐ C. 347 Meses ☐ C. 348 Meses ☐ C. 349 Meses ☐ C. 350 Meses ☐ C. 351 Meses ☐ C. 352 Meses ☐ C. 353 Meses ☐ C. 354 Meses ☐ C. 355 Meses ☐ C. 356 Meses ☐ C. 357 Meses ☐ C. 358 Meses ☐ C. 359 Meses ☐ C. 360 Meses ☐ C. 361 Meses ☐ C. 362 Meses ☐ C. 363 Meses ☐ C. 364 Meses ☐ C. 365 Meses ☐ C. 366 Meses ☐ C. 367 Meses ☐ C. 368 Meses ☐ C. 369 Meses ☐ C. 370 Meses ☐ C. 371 Meses ☐ C. 372 Meses ☐ C. 373 Meses ☐ C. 374 Meses ☐ C. 375 Meses ☐ C. 376 Meses ☐ C. 377 Meses ☐ C. 378 Meses ☐ C. 379 Meses ☐ C. 380 Meses ☐ C. 381 Meses ☐ C. 382 Meses ☐ C. 383 Meses ☐ C. 384 Meses ☐ C. 385 Meses ☐ C. 386 Meses ☐ C. 387 Meses ☐ C. 388 Meses ☐ C. 389 Meses ☐ C. 390 Meses ☐ C. 391 Meses ☐ C. 392 Meses ☐ C. 393 Meses ☐ C. 394 Meses ☐ C. 395 Meses ☐ C. 396 Meses ☐ C. 397 Meses ☐ C. 398 Meses ☐ C. 399 Meses ☐ C. 400 Meses ☐ C. 401 Meses ☐ C. 402 Meses ☐ C. 403 Meses ☐ C. 404 Meses ☐ C. 405 Meses ☐ C. 406 Meses ☐ C. 407 Meses ☐ C. 408 Meses ☐ C. 409 Meses ☐ C. 410 Meses ☐ C. 411 Meses ☐ C. 412 Meses ☐ C. 413 Meses ☐ C. 414 Meses ☐ C. 415 Meses ☐ C. 416 Meses ☐ C. 417 Meses ☐ C. 418 Meses ☐ C. 419 Meses ☐ C. 420 Meses ☐ C. 421 Meses ☐ C. 422 Meses ☐ C. 423 Meses ☐ C. 424 Meses ☐ C. 425 Meses ☐ C. 426 Meses ☐ C. 427 Meses ☐ C. 428 Meses ☐ C. 429 Meses ☐ C. 430 Meses ☐ C. 431 Meses ☐ C. 432 Meses ☐ C. 433 Meses ☐ C. 434 Meses ☐ C. 435 Meses ☐ C. 436 Meses ☐ C. 437 Meses ☐ C. 438 Meses ☐ C. 439 Meses ☐ C. 440 Meses ☐ C. 441 Meses ☐ C. 442 Meses ☐ C. 443 Meses ☐ C. 444 Meses ☐ C. 445 Meses ☐ C. 446 Meses ☐ C. 447 Meses ☐ C. 448 Meses ☐ C. 449 Meses ☐ C. 450 Meses ☐ C. 451 Meses ☐ C. 452 Meses ☐ C. 453 Meses ☐ C. 454 Meses ☐ C. 455 Meses ☐ C. 456 Meses ☐ C. 457 Meses ☐ C. 458 Meses ☐ C. 459 Meses ☐ C. 460 Meses ☐ C. 461 Meses ☐ C. 462 Meses ☐ C. 463 Meses ☐ C. 464 Meses ☐ C. 465 Meses ☐ C. 466 Meses ☐ C. 467 Meses ☐ C. 468 Meses ☐ C. 469 Meses ☐ C. 470 Meses ☐ C. 471 Meses ☐ C. 472 Meses ☐ C. 473 Meses ☐ C. 474 Meses ☐ C. 475 Meses ☐ C. 476 Meses ☐ C. 477 Meses ☐ C. 478 Meses ☐ C. 479 Meses ☐ C. 480 Meses ☐ C. 481 Meses ☐ C. 482 Meses ☐ C. 483 Meses ☐ C. 484 Meses ☐ C. 485 Meses ☐ C. 486 Meses ☐ C. 487 Meses ☐ C. 488 Meses ☐ C. 489 Meses ☐ C. 490 Meses ☐ C. 491 Meses ☐ C. 492 Meses ☐ C. 493 Meses ☐ C. 494 Meses ☐ C. 495 Meses ☐ C. 496 Meses ☐ C. 497 Meses ☐ C. 498 Meses ☐ C. 499 Meses ☐ C. 500 Meses ☐ C. 501 Meses ☐ C. 502 Meses ☐ C. 503 Meses ☐ C. 504 Meses ☐ C. 505 Meses ☐ C. 506 Meses ☐ C. 507 Meses ☐ C. 508 Meses ☐ C. 509 Meses ☐ C. 510 Meses ☐ C. 511 Meses ☐ C. 512 Meses ☐ C. 513 Meses ☐ C. 514 Meses ☐ C. 515 Meses ☐ C. 516 Meses ☐ C. 517 Meses ☐ C. 518 Meses ☐ C. 519 Meses ☐ C. 520 Meses ☐ C. 521 Meses ☐ C. 522 Meses ☐ C. 523 Meses ☐ C. 524 Meses ☐ C. 525 Meses ☐ C. 526 Meses ☐ C. 527 Meses ☐ C. 528 Meses ☐ C. 529 Meses ☐ C. 530 Meses ☐ C. 531 Meses ☐ C. 532 Meses ☐ C. 533 Meses ☐ C. 534 Meses ☐ C. 535 Meses ☐ C. 536 Meses ☐ C. 537 Meses ☐ C. 538 Meses ☐ C. 539 Meses ☐ C. 540 Meses ☐ C. 541 Meses ☐ C. 542 Meses ☐ C. 543 Meses ☐ C. 544 Meses ☐ C. 545 Meses ☐ C. 546 Meses ☐ C. 547 Meses ☐ C. 548 Meses ☐ C. 549 Meses ☐ C. 550 Meses ☐ C. 551 Meses ☐ C. 552 Meses ☐ C. 553 Meses ☐ C. 554 Meses ☐ C. 555 Meses ☐ C. 556 Meses ☐ C. 557 Meses ☐ C. 558 Meses ☐ C. 559 Meses ☐ C. 560 Meses ☐ C. 561 Meses ☐ C. 562 Meses ☐ C. 563 Meses ☐ C. 564 Meses ☐ C. 565 Meses ☐ C. 566 Meses ☐ C. 567 Meses ☐ C. 568 Meses ☐ C. 569 Meses ☐ C. 570 Meses ☐ C. 571 Meses ☐ C. 572 Meses ☐ C. 573 Meses ☐ C. 574 Meses ☐ C. 575 Meses ☐ C. 576 Meses ☐ C. 577 Meses ☐ C. 578 Meses ☐ C. 579 Meses ☐ C. 580 Meses ☐ C. 581 Meses ☐ C. 582 Meses ☐ C. 583 Meses ☐ C. 584 Meses ☐ C. 585 Meses ☐ C. 586 Meses ☐ C. 587 Meses ☐ C. 588 Meses ☐ C. 589 Meses ☐ C. 590 Meses ☐ C. 591 Meses ☐ C. 592 Meses ☐ C. 593 Meses ☐ C. 594 Meses ☐ C. 595 Meses ☐ C. 596 Meses ☐ C. 597 Meses ☐ C. 598 Meses ☐ C. 599 Meses ☐ C. 600 Meses ☐ C. 601 Meses ☐ C. 602 Meses ☐ C. 603 Meses ☐ C. 604 Meses ☐ C. 605 Meses ☐ C. 606 Meses ☐ C. 607 Meses ☐ C. 608 Meses ☐ C. 609 Meses ☐ C. 610 Meses ☐ C. 611 Meses ☐ C. 612 Meses ☐ C. 613 Meses ☐ C. 614 Meses ☐ C. 615 Meses ☐ C. 616 Meses ☐ C. 617 Meses ☐ C. 618 Meses ☐ C. 619 Meses ☐ C. 620 Meses ☐ C. 621 Meses ☐ C. 622 Meses ☐ C. 623 Meses ☐ C. 624 Meses ☐ C. 625 Meses ☐ C. 626 Meses ☐ C. 627 Meses ☐ C. 628 Meses ☐ C. 629 Meses ☐ C. 630 Meses ☐ C. 631 Meses ☐ C. 632 Meses ☐ C. 633 Meses ☐ C. 634 Meses ☐ C. 635 Meses ☐ C. 636 Meses ☐ C. 637 Meses ☐ C. 638 Meses ☐ C. 639 Meses ☐ C. 640 Meses ☐ C. 641 Meses ☐ C. 642 Meses ☐ C. 643 Meses ☐ C. 644 Meses ☐ C. 645 Meses ☐ C. 646 Meses ☐ C. 647 Meses ☐ C. 648 Meses ☐ C. 649 Meses ☐ C. 650 Meses ☐ C. 651 Meses ☐ C. 652 Meses ☐ C. 653 Meses ☐ C. 654 Meses ☐ C. 655 Meses ☐ C. 656 Meses ☐ C. 657 Meses ☐ C. 658 Meses ☐ C. 659 Meses ☐ C. 660 Meses ☐ C. 661 Meses ☐ C. 662 Meses ☐ C. 663 Meses ☐ C. 664 Meses ☐ C. 665 Meses ☐ C. 666 Meses ☐ C. 667 Meses ☐ C. 668 Meses ☐ C. 669 Meses ☐ C. 670 Meses ☐ C. 671 Meses ☐ C. 672 Meses ☐ C. 673 Meses ☐ C. 674 Meses ☐ C. 675 Meses ☐ C. 676 Meses ☐ C. 677 Meses ☐ C. 678 Meses ☐ C. 679 Meses ☐ C. 680 Meses ☐ C. 681 Meses ☐ C. 682 Meses ☐ C. 683 Meses ☐ C. 684 Meses ☐ C. 685 Meses ☐ C. 686 Meses ☐ C. 687 Meses ☐ C. 688 Meses ☐ C. 689 Meses ☐ C. 690 Meses ☐ C. 691 Meses ☐ C. 692 Meses ☐ C. 693 Meses ☐ C. 694 Meses ☐ C. 695 Meses ☐ C. 696 Meses ☐ C. 697 Meses ☐ C. 698 Meses ☐ C. 699 Meses ☐ C. 700 Meses ☐ C. 701 Meses ☐ C. 702 Meses ☐ C. 703 Meses ☐ C. 704 Meses ☐ C. 705 Meses ☐ C. 706 Meses ☐ C. 707 Meses ☐ C. 708 Meses ☐ C. 709 Meses ☐ C. 710 Meses ☐ C. 711 Meses ☐ C. 712 Meses ☐ C. 713 Meses ☐ C. 714 Meses ☐ C. 715 Meses ☐ C. 716 Meses ☐ C. 717 Meses ☐ C. 718 Meses ☐ C. 719 Meses ☐ C. 720 Meses ☐ C. 721 Meses ☐ C. 722 Meses ☐ C. 723 Meses ☐ C. 724 Meses ☐ C. 725 Meses ☐ C. 726 Meses ☐ C. 727 Meses ☐ C. 728 Meses ☐ C. 729 Meses ☐ C. 730 Meses ☐ C. 731 Meses ☐ C. 732 Meses ☐ C. 733 Meses ☐ C. 734 Meses ☐ C. 735 Meses ☐ C. 736 Meses ☐ C. 737 Meses ☐ C. 738 Meses ☐ C. 739 Meses ☐ C. 740 Meses ☐ C. 741 Meses ☐ C. 742 Meses ☐ C. 743 Meses ☐ C. 744 Meses ☐ C. 745 Meses ☐ C. 746 Meses ☐ C. 747 Meses ☐ C. 748 Meses ☐ C. 749 Meses ☐ C. 750 Meses ☐ C. 751 Meses ☐ C. 752 Meses ☐ C. 753 Meses ☐ C. 754 Meses ☐ C. 755 Meses ☐ C. 756 Meses ☐ C. 757 Meses ☐ C. 758 Meses ☐ C. 759 Meses ☐ C. 760 Meses ☐ C. 761 Meses ☐ C. 762 Meses ☐ C. 763 Meses ☐ C. 764 Meses ☐ C. 765 Meses ☐ C. 766 Meses ☐ C. 767 Meses ☐ C. 768 Meses ☐ C. 769 Meses ☐ C. 770 Meses ☐ C. 771 Meses ☐ C. 772 Meses ☐ C. 773 Meses ☐ C. 774 Meses ☐ C. 775 Meses ☐ C. 776 Meses ☐ C. 777 Meses ☐ C. 778 Meses ☐ C. 779 Meses ☐ C. 780 Meses ☐ C. 781 Meses ☐ C. 782 Meses ☐ C. 783 Meses ☐ C. 784 Meses ☐ C. 785 Meses ☐ C. 786 Meses ☐ C. 787 Meses ☐ C. 788 Meses ☐ C. 789 Meses ☐ C. 790 Meses ☐ C. 791 Meses ☐ C. 792 Meses ☐ C. 793 Meses ☐ C. 794 Meses ☐ C. 795 Meses ☐ C. 796 Meses ☐ C. 797 Meses ☐ C. 798 Meses ☐ C. 799 Meses ☐ C. 800 Meses ☐ C. 801 Meses ☐ C. 802 Meses ☐ C. 803 Meses ☐ C. 804 Meses ☐ C. 805 Meses ☐ C. 806 Meses ☐ C. 807 Meses ☐ C. 808 Meses ☐ C. 809 Meses ☐ C. 810 Meses ☐ C. 811 Meses ☐ C. 812 Meses ☐ C. 813 Meses ☐ C. 814 Meses ☐ C. 815 Meses ☐ C. 816 Meses ☐ C. 817 Meses ☐ C. 818 Meses ☐ C. 819 Meses ☐ C

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA Secretaría de Desarrollo de la Salud																		
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA																				
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO Andrés Rafael López Salazar		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☒ RC ☐ N° 15302476																		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Sabaneta		TELÉFONO 3113316258																		
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PACIENTE IPS Manexko Momil		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE AGRESIÓN</th> <th colspan="3">FECHA DE CONSULTA</th> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>07</td><td>12</td><td>25</td> <td>07</td><td>12</td><td>25</td> </tr> </table>	FECHA DE AGRESIÓN			FECHA DE CONSULTA			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	07	12	25	07	12	25
FECHA DE AGRESIÓN			FECHA DE CONSULTA																	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO															
07	12	25	07	12	25															
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO																				
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Pedro Juan Sotter		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☐ RC ☐ N°																		
DEPARTAMENTO Córdoba	MUNICIPIO Momil	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Sabaneta																		
TELÉFONO 3113316258	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO / VEREDA Sabaneta																		
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR																				
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR		ESPECIE																		
RAZA		COLOR																		
EDAD		SEXO																		
VACUNADO		FECHA DE VACUNACIÓN																		
SENAS PARTICULARES		MACHO ☐ HEMBRA ☐ SI ☐ NO ☐ DESCONOCIDO ☐																		
DIA		MES																		
AÑO		SENAS PARTICULARES																		
SEÑALE DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN																				
SIGNOS		VISITA																		
1 2 3		1 2 3																		
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN																		
CAMBIOS EN EL APETITO		ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)																		
PELO ERIZADO		CONVULSIONES																		
HUIDIZO		INCOORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS																		
EXCITACIÓN		PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES																		
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA																		
AGRESIVIDAD		NINGUNO																		
SIALORREA		OTRO*																		
* ¿CUAL?		X X X																		
FECHA DE LA VISITA																				
NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA																				
NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA																				
DIA	MES	AÑO																		
13	12	25																		
Pedro Juan Sotter		Carlos A. López S																		
15		12																		
25		Pedro Juan Sotter																		
Carlos A. López S		18																		
Pedro Juan Sotter		12																		
Carlos A. López S		25																		
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACIÓN																				
SANO	X	ENFERMO																		
MUERTO	PRESENTO SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON RABIA	SI																		
NO	X	OTRAS OBSERVACIONES																		
FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA																				
DIA	MES	AÑO																		
18	12	25																		
NOMBRE Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA																				
Eliecer Puente R.																				

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 07/12/2025

Persona agredida: Andres López Salazar



Fecha: 18/12/2025

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3.F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	Seguimiento de animales agresores	Contratista	Diciembre	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>Eduardo</i>	Firma: <i>Carlos A. López</i>
Nombre:	Nombre: <i>Carlos A. López</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-464-102
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 20-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 8:00 am
Cargo:	Fin: 8:40 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: IPS MANEXKA MOMIL

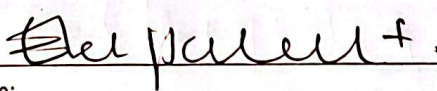
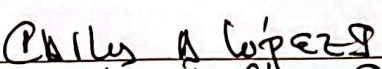
PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Elica Palut	Enf. Jefe	3017165806
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica #51
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante la visita realizada esta semana epidemiologica me notificaron cero (0) casos de pacientes correspondiente a esta semana.
Observaciones.

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/09/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Periodo de cumplimiento	Observaciones
1	Seguimiento de animales agresores	Contratista	Diciembre	Ninguna.
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: 	Firma: 
Nombre:	Nombre: Carlos A. López
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DIH-409-2025-464-104
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-12-2025.
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 8:00 am
Cargo:	Fin: 8:40 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: IPS MANEXKA MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Ella Palut	Enf. Jefe	3017165806
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica # 52.
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron cero (0) casos de Pacientes correspondiente a esta semana epidemiológica.
Observaciones.

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP.P3.F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1				
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>Eduardo Palencia</i>	Firma: <i>Carlos A. López</i>
Nombre:	Nombre: <i>Carlos A. López</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3.F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
		FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-464- 106
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-12-2025
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 8:00 am
Cargo:	Fin: 8:40 am
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: IPS MANEXKA MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Controlista	312 671 6630
2	Elixa Palut	Enf. Jefe	3017165806
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Inventario stock suero antiofidico
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En la inspección se encontró: Ampolla: 4 Lote: 235AP01 Vencimiento: Dic-2027 fabricante: INS
Observaciones.

ANEXOS FOTOGRÁFICOS DE STOCK DE SUERO ANTIOFÍDICO

IPS MANEXKA MOMIL

27/12/2025



 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Periodo de cumplimiento	Observaciones
1	inspección stock	contratista	Diciembre	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES			
Firma:	<i>Elice Perera</i>	Firma:	<i>Elice Perera</i>
Nombre:		Nombre:	
Firma:	<i>CARLOS LOPEZ</i>	Firma:	
Nombre:	<i>CARLOS LOPEZ</i>	Nombre:	

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa zoonosis	Acta No. DTH-409-2025-464-107
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 26-12-25
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 3:00 Pm
Cargo:	Fin: 4:00 Pm
Secretario: N/A Cargo: N/A	Lugar: Secretaria de Salud de Momil

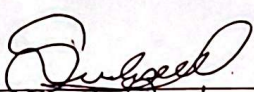
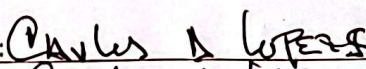
PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López Issa	Contratista	312671 6630
2	Sindy Mercado	Secretaria de Salud-M	3215870099
3			
4			
5			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Revisión final con la dirección de Salud del municipio
2	de Momil para la socialización de los resultados
3	dado el contrato DTH-409-2025
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
A partir de las 3:00 pm hasta las 4:00 pm del día 26 de diciembre de 2025 tuvo lugar la reunión junto a la secretaria de salud de municipio de Momil Sindy Mercado. En este encuentro se socializaron todos los compromisos adquiridos en la primera reunión y todas las actividades realizadas por mi persona Carlos Andres López Issa contratista de la secretaria de desarrollo de la salud departamental, dichas actividades se encuentran establecidas en el contrato DTH-409-2025 con fecha de 28 de febrero de 2025 hasta 27 de diciembre de 2025. Las actas correspondientes a las actividades realizadas con sus respectivas evidencias fueron puestas en consideración, donde finalmente la secretaria de salud del municipio de Momil aprobó las labores realizadas.
Observaciones.

 DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02 FECHA: 13/06/2019
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Periodo de cumplimiento	Observaciones
1				
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma:  Nombre: Sindy Paola Araujo Trece	Firma:  Nombre: Carlos A. Lopez
Firma: Nombre:	Firma: Nombre: