



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMDS01 03 11 P003 F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	09	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	7802 sem 27
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	03	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Clinica Versailles

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Michelt Vanessa Montes Bastidas			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1007509534	EDAD	23
DOMICILIO	C/11 81 # 3D-12	BARRIO	Alfonso Lopez 2	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3135961014	COMUNA	7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Desconocido			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		COMUNA	7

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	CANINO		OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
		FELINO				MACHO	HEMBA
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDÍN
							CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGMOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BASEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1													
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN	Provocado
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

C/11 81 # 76 Bis-12 Dirección corregida

10/07/25 No recibió tratamiento antirrábico 42346457-76 478889

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS BUENA ACEPTABLE INADECUADA

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGIET Victor Gutierrez



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01 (3.11.2003) F006

VERSIÓN

301

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	25	MES	06	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2613
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	19	MES	06	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	H. Soquim Paz Burrea

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan Sebastian Olave Giron	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1110051386	EDAD	11
DOMICILIO	Cra 1A SC # 73-01	BARRIO	San Luis 2	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3188124553

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Desconocido	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1													
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

familiar manifiesta no tener conocimiento del caso, no se logra confirmar información

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

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SG&F Vector Gutierrez N.

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				MMD501.03.11.P003.F006					
								VERSIÓN	001				
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	09	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	01	MES	07	AÑO	2025	LUGAR QUE REPORTA: H Joaquín Puz Borrero					
A. DATOS DEL AFECTADO													
NOMBRE Y APELLIDOS		Ana Isabel Contreras Pérez				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31784367					
DOMICILIO		Cra 40 # 71-16				BARRIO		Quintas de Salomía					
						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155652159					
NOMBRE Y APELLIDOS						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD					
DOMICILIO						BARRIO		COMUNA					
						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		6					
C. DATOS DEL ANIMAL													
ESPECIE		OTRO CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO					
CANINO	☒ FELINO							MACHO ☐ HEMBRA ☐					
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL					
								VIVIENDA ☐ ANTEJARDÍN ☐ CALLEJERO ☒					
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA													
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA MES AÑO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
1													
2													
3													
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERDIERON:		MALOS OLORES		SI NO		HECES		SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:													
10/07/25													
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA					
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)													
1. Animal sano vacunado				5. Animal sacrificado				11. Agresión por mordelago				16. Menor de edad en vivienda	
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se dejó cita para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable		☒		8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor	
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico	
5. Animal con enfermedad diferente a				10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD	
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD													
Sgret Victor Gutierrez P.													

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MADGG 1.03.11.P003 F006					
														VERSIÓN		001			
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	09	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2764 Sem 27									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	30	MES	06	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA		Clínica Imbaraco									
A. DATOS DEL AFECTADO																			
NOMBRE Y APELLIDOS		Lady Johana Mejia Perdomo					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1130634560			EDAD		37					
DOMICILIO		Cra 72 # 81-43					BARRIO		Alfonso Lopez			N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		3165795868					
COMUNA		7																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																			
NOMBRE Y APELLIDOS							N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD					EDAD							
DOMICILIO							BARRIO		Alfonso Lopez			N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		COMUNA		7			
C. DATOS DEL ANIMAL																			
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD									
CANINO		☒ FELINO																	
COLOR		TAMARCO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA							
												ANTEJARDIN							
												CALLEJERO							
												2							
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																			
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BARRO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA						
	DÍA MES AÑO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO								
1																			
2																			
3																			
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN		MALOS OLORES		SI NO		HECES		SI NO		ORINA		SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		Provocado	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																			
10/07/25																			
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS										BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA					
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																			
1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por mordedura		16. Menor de edad en vivienda													
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se dejó crías con para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis													
3. Animal no observable		8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por miedo													
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento ambulatorio						2							
5. Animal con enfermedad diferente a		10. Animal agresor dañando a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD													
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																			
SGIEF Victor Gutierrez L.																			

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDSD1.03.11.P003.F006												
														VERSIÓN		001										
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 09	MES: 07	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°: 7816 Sem 27																					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 01	MES: 07	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA: H Primitivo Iglesias																					
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS: Ashley Angelica Castillo murillo				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 116865447				EDAD: 2																		
DOMICILIO: Cra 33A # 17A-32				BARRIO: La Floresta				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 6023074683		COMUNA: 3																
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS: Pedro Jesus Castillo				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				EDAD:																		
DOMICILIO: Cra 33A # 17A-32				BARRIO:				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil:		COMUNA:																
C. DATOS DEL ANIMAL																										
ESPECIE:		OTRO-CUAL?		NOMBRE:				RAZA:				SEXO:		EDAD:												
CANINO ☒	FELINO ☐											MACHO ☐		HEMBRA ☐												
COLOR:		TAMAÑO:		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA:		VACUNADO POR:		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:		PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA:		ANTEJARDÍN:												
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1																										
2																										
3																										
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN		MALOS OLORES		SI	NO	HECES		SI	NO	ORINA		SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:								
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																										
10/07/25 62 3.44/898 - 26.512155																										
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS														BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA								
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																										
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por muerdido				16. Menor de edad en vivienda														
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis														
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor														
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico														
5. Animal con enfermedad diferente a				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD														
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																										
SPSA - Victor Gutierrez B.																										



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

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

MMD501 03.11.P003.F006
VERSIÓN: 001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS
DÍA: 02 MES: 07 AÑO: 2025

FECHA ACCIDENTE RÁBICO
DÍA: 27 MES: 06 AÑO: 2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°: 2674 Ser- 16

UPGO QUE REPORTA: Clínica Desg

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Hilda Beltrán De Sureda

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 38956615

EDAD: 90

DOMICILIO: Cra 18 # 41-91

BARRIO: Santa Fe

N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3156778177

COMUNA: 8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: Desconocido (Diego Hurtado)

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

EDAD:

DOMICILIO: Cra 16 # 49-16

BARRIO:

N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3182672230

COMUNA: 8

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE: OTRO-CUAL?

NOMBRE: Fliper

RAZA: m7

SEXO: MACHO ☒ HEMBRA ☐

EDAD: 1A

CANINO: ☒ FELINO: ☐

COLOR: Negro

TAMAÑO: ☒

FECHA VAC. ANTIRRÁBICA: 07 07 25

VACUNADO POR: m7 0998 Alexander Duran

N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:

PERMANENCIA DEL ANIMAL: ☒ VIVIENDA ☐ ANTEJARDIN ☐ CALLEJERO

D. VALORACIÓN SINDOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	07	07	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego R. - Ruy R.	
2	10	07	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Diego R. - Ruy R.	
3																									

E. CONDICIONES SANITARIAS

SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN: ☐ MALOS OLORES: ☐ SI: ☒ NO: ☐ HECES: ☐ SI: ☒ NO: ☐ ORINA: ☐ SI: ☒ NO: ☐ F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No provocado

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

03/07/25: no se logra ubicar responsable del canino

03/07/25 68: 3.443137, -26.501195

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS

BUENA ☒ ACEPTABLE ☐ INADECUADA ☐

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

S62f7 Victor Gutierrez Q.



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PUBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO
DE ZOOLOGÍA DIA 30 MES 07 AÑO 2025
FECHA ALICERTE RABIO DIA 27 MES 07 AÑO 2025

FECHA EPIDEMIOLÓGICA N° 3194 Sem 31
UGRD QUE REPORTA Clínica Nueva

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS Laura Bonilla Rodríguez N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1144194720 EDAD 29 A
DOMICILIO Cra 147 # 26-35 BARRIO Calimio N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil 301 562 7556 COMUNA 6

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS Helmer Lopez N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD EDAD
DOMICILIO Cl 61 # 93-180 BARRIO Valle del Lili N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil 313 247 1793 COMUNA

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE OTRO-CUAL? NOMBRE RAZA SEXO EDAD
CANINO ☒ FELINO ☐ Teddy M7 Macho ☒ Hembra ☐ SA
COLOR TAMAÑO FECHA VAC ANTIRRAPIA VACUNADO POR N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL PERMANENCIA DEL ANIMAL VIVIENDA ANTEJARDÍN CALLEJERO
Amarillo * 13 04 25 RP 52349

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																									
2																									
3																									

E. CONDICIONES SANITARIAS SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN MALOS OLORES SI NO HECES SI NO ORINA SI NO F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN Provocado

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
Contacto telefónico, responsable del canino manifestando que está cambiando de domicilio al B/cunoy 04/08/25

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS BUENA ACEPTABLE INADECUADA

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Sget Victor Gutierrez D.

 ALCALÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01 03.11 P003 F006																	
														VERSIÓN		001															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	30	MES	07	AÑO	2025				FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				3190 Sem 24																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	11	MES	06	AÑO	2025				UPGD QUE REPORTA:				Sura Pajoancho																
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS										Yadit Liced Toro Ceballos				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1146435354				EDAD		33							
DOMICILIO										La Buitrera Km 7 Cruce				La Buitrera				N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL				3054081959				COMUNA		Rural			
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS														N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD													
DOMICILIO														La Buitrera				N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL				COMUNA									
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD															
CANINO	☒	FELINO	☐									MACHO				☐	HEMERA	☐	EDAD												
COLOR		TAMARO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL				VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
																				☒											
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PERDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INJUSTADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA					
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO								
1																															
2																															
3																															
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN		MALOS OLORES		SI	NO	HECES		SI	NO	ORINA		SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:				Provocado									
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																		Agresión por separar Pelea entre Cuñinos													
05/08/25																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS										BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA																	
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																															
1. Animal sano vacunado								5. Animal sacrificado								11. Agresión por mordelago								16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable				☒				8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de rabia								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antirrábico				☒			
5. Animal con enfermedad diferente a								10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
SGETT Doctor Gutierrez P.																															



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MM0501 03.11 P003 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3177
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	21	MES	07	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	Est. Ladera

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Muñoz Juliana Velazquez Parra	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1106451490	EDAD	10
DOMICILIO	Vereda El Rosario Km 11	BARRIO	La Butrera	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	300 886 6947
				COMUNA	Rural

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Ana Teresa Parra	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Vda El Rosario Km 11	BARRIO	La Butrera	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	300 886 6947
				COMUNA	Rural

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	FELINO	Pacho	Mt	MACHO	1A
COLOR	TAMARO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Atigrado	✓				VIVIENDA
					ANTEJARDON
					CALLERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABED	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	PRIMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1													
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIEN	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESION	Provocado
---------------------------	---------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

felino sano al momento

contacto telefonico 01/08/25

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

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGRET Victor Gutierrez R.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F008

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3172 Sem 25
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	15	MES	06	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Sura Pasouencho

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	AARON ISRAEL CASTAÑO DIAZ		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1100935995	EDAD	8
DOMICILIO	NIA BUITRERA Km 6 Calles		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	304 684 2171	COMUNA	Rural

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Propietario		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	MIR		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			MACHO	HEMERA
COLOR	TAMARCO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
					VIVIENDA
					ANTEJARDÍN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANEBRA BUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	DÍA MES AÑO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN	HALOS OLORES	SI NO	HECES	SI NO	ORINA	SI NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN
---------------------------	----------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

04/08/25: No se logra contactar telefónicamente
31/07/25: No se logra contactar telefónicamente

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

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGST Victor Gutierrez R.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01 03.11 P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3176 Sem 30
FECHA ACCIDENTE RABIO	DIA	21	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Escuela militar de aviación

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Christopher monbya ortiz	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1040888 027	EDAD	6
DOMICILIO	Cra 8 A 58-67 casa 1	BARRIO	la Buse	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3042460712
				COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Nataly ortiz	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 8 H 58-67 casa 3	BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3042460717
				COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DIA MES AÑO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		
1													
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI NO	HECES	SI NO	ORINA	SI NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:
---------------------------	-----------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	---------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

31/07/25 no se logra contactar Responsable del Camino

05/07/25 no se logra contactar telefonicamente

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

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Sheet - Victor Gutierrez R.



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3164 Sem 30
FECHA ACCIDENTE RABIO	DIA	23	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Clinica nuestra

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Guillermo Leon valleso Garcia	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	14954030	EDAD	36
DOMICILIO	Cva 9N #48-63	BARRIO	C. Florealia	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	313 624 9729
				COMUNA	6

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Puerto mariano	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	
				COMUNA	7

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			MACHO	HEMERA
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
					VIVIENDA
					ANTEJARDIN
					CALLEJERO
					915010

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BASEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1													
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	no prouvable
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	--------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

no se logra contactar telefonicamente 01/08/25

05/08/25 se contacta familiar del afectado

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

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGT Victor Gutierrez P.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMS01 03.11 P003 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3151	2025
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	22	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA:	H. Primitivo Iglesias	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Joe Alanna Gomez prado					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1241441550	EDAD	4
DOMICILIO	Cra 1F # 77 Bis 29 BARRIO petecury 1					N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL	321 812 5262	COMUNA	6

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Javier Casas					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 1F A 77 Bis 39 BARRIO petecury 1					N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL	321 812 5862	COMUNA	6

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	ghost	Alaska mixte	MACHO	9A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco		14 03 25 Diana Diaz 77966			

D. VALORACIÓN SÍMLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIÉN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIÉN ATIENDE LA VISITA
1	31 07 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Gilberto Cepeda 1627894	
2	01 08 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Gilberto Cepeda 1627894	
3	05 08 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Gilberto Cepeda 1627894	

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN	MALOS OLORES	SI	☒	HECES	SI	☒	ORINA	SI	☒	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocado
---------------------------	----------------------------	--------------	----	-------------------------------------	-------	----	-------------------------------------	-------	----	-------------------------------------	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS

BUENA

☒

ACEPTABLE

INADECUADA

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGTE Victor Gutierrez R.