



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°	3163 Sem 28
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	12	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA:	CS Decepar

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Ana Viviana Enciso Hernandez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1130654497	EDAD	29
DOMICILIO	C/11 125B # 28C-35	BARRIO	Roberto Grande	N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL	3195423946
				COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Ana Viviana Enciso	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N/R	EDAD	
DOMICILIO	N/R	BARRIO		N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL	3133430807
				COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

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
	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:

No se logra contactar responsable del canino 01/08/25
05/08/25: se contacta conocida de la afectada, pero no brinda información del caso

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 caso	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a	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

SGT Victor 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	DIA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3147
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	18	MES	07	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	Clinica Nuestra

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Mileidy Zambrano Garcia	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52460424	EDAD	
DOMICILIO	C1182C #23 A 22	BARRIO	Vallegrande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3146788231
				COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Carlos Dizon	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	C1182C #23-37	BARRIO	Vallegrande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3177347335
				COMUNA	21

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO		Taylor	Pitbull	MACHO	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco - B	a				
					VIVIENDA
					ANTEJARDIN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

25/07/25 canino fue trasladado al municipio de Popayan - Cauca

x Mileidy Juan Zambrano
52460424
x Carlos Dizon
114479912

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 mordedago	15. 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 UPGO

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGSt7 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

MMD501.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS
DÍA: 30 MES: 07 AÑO: 2025
FECHA ACCIDENTE RÁBICO
DÍA: 22 MES: 07 AÑO: 2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

UPGD QUE REPORTA:

3136 Sem 30
Unidad de Urgencias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Estela Trochet Ramos
DOMICILIO: CH 1221 # 28-79
BARRIO: Sol de Oro
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25664401
N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3117074320
EDAD: 56
COMUNA: 21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: [Blank]
DOMICILIO: [Blank]
BARRIO: Conquerero
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [Blank]
N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: [Blank]
EDAD: [Blank]
COMUNA: 19

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE: OTRO-CUAL? NOMBRE: RAZA: SEXO: EDAD: MACHO HEMBRA
CANINO FELINO
COLOR: TAMAÑO: FECHA VAC. ANTIRRÁBICA: VACUNADO POR: N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL: PERMANENCIA DEL ANIMAL: VIVIENDA: ANTEJARDÍN: CALLEJERO:
[Blank]

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

31/07/25 No se logra contactar afectada

04/08/25: Afectada manifiesta no tener ubicación precisa del canino No recibió tratamiento antirrábico

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 deja ubicación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	6. 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 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

SGTte Victor Gutierrez B.



ALCALDIA 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 F005

VERSIÓN

301

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	30	MES	07	AÑO	2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3130 Sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	19	MES	07	AÑO	2015	UPGD QUE REPORTA:	CS Desepat

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Keylyn Sumara Nuzet Gomez			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1740000103	EDAD	4
DOMICILIO	C/ 170 M # 20-53			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	311365 8222	COMUNA	21
C/ 170 M # 20-53							

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD	
DOMICILIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				COMUNA	21
				BARRIO Desepat					

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA 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
	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 PERCIPIEN:	MALOS OLORES	SI NO	HECES	SI NO	ORINA	SI NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocada
---------------------------	------------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:	Agresión por manipular alimento
---------------------------------------	---------------------------------

04/08/15: Se corrige dirección, confirma información telefónicamente	Dirección errada
	01/08/15 G.R. bme 04082015-163118

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 mordedizo	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

SGST Victor Gutierrez M.



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

VERSION

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3135 Sem 30
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	26	MES	07	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	Unidad de Urgencias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Valeria Perez Burriols			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	7109674371	EDAD	14
DOMICILIO	Cll 70A # 25-64			BARRIO	La Rivera 1	N° DE TELEFONO Fijo / Móvil	323 620 9658

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Desconocido			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO				BARRIO		N° DE TELEFONO Fijo / Móvil	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			MACHO	HEMERA
COLOR	TAMAYO	FECHA VAC. ANTIRRABICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
					VIVIENDA
					ANTEJARDIN
					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
	DIA	MES	AÑO	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:

31/04/25 692 3.47198, 76:455731

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 encuentra 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 antibiótico
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

Suscribo Victor Gutierrez M.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDSG1 03.11 P003 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3129 Sem 30
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	22	MES	07	AÑO	2025	UPOG QUE REPORTA	Clinica Versailles

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Mayerlinga Grisales Cuervo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	7151959673	EDAD	29
DOMICILIO	Cra 9 # 74-61	BARRIO	Angel del Hogar	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3005432315

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Diosdado	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Poblado campesino	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			MACHO	HEMERA
COLOR	TAMANO	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
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 caninos

01/08/25

Canino ubicado en otro municipio (Cundelaria)

No recibió tratamiento antirrábico

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 muncélagos	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 obación 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 UPOG

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGRT 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		DÍA	30	MES	07	AÑO	2025		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		3128 sem 30													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	22	MES	07	AÑO	2025		UPGD QUE REPORTEA:		H universitario del valle													
A. DATOS DEL AFECTADO																								
NOMBRE Y APELLIDOS						Juan Carlos Fuentes Ochoa						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1143880981		EDAD		7						
DOMICILIO						Cra 21 A 92 W 141 Barrio C. floralia						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3136621460		COMUNA		6						
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																								
NOMBRE Y APELLIDOS						Manuela Beltran						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD		14								
DOMICILIO						Barrio Los lagos						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA		14								
C. DATOS DEL ANIMAL																								
ESPECIE		OTRO CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD										
CANINO	☒	FELINO	☐									MACHO	☐	HEMERA	☐	EDAD								
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO									
															☒									
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																								
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PERÍODO DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANEBULA 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:		NAUROS DOLORS		SI	NO	HECES		SI	NO	ORINA		SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		Provocado						
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																								
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				5. 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 otacion 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 UPGD												
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																								
SGSEA Victor Gutierrez A.																								



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS/01 03 11 P003 F008

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	30	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3119 Sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	14	MES	07	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	Unidad de Urgencias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan Diego Bastidas Arteaga	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1151963385	EDAD	26
DOMICILIO	Cra 1 # 70-180	BARRIO	Alcazares	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3142131845

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 ☐ HEMBRA ☐	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	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	SABED	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 PERCIPIEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocado
---------------------------	------------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Agresión por manipular Alimento

Agresión sucedió en municipio de pasto - niño informado afectado 05/08/25

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	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 dejó el animal 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 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 UPGO

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGRta Victor Gutierrez D.

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMS001 03 11 P003.F006																	
														VERSIÓN	001																
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	30	MES	07	AÑO	2025				FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		3126 Sem 30																		
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	20	MES	07	AÑO	2025				UPGD QUE REPORTA		CS Decapaf																		
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Husly Virginia Velasco Sanchez						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1091374920		EDAD		9																	
DOMICILIO		Cll 113 A # 28 f1-81		BARRIO		Pitamos 2		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		N/A		COMUNA		21																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Enrya Vanessa Sanchez Contreras						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD																			
DOMICILIO		Cll 123 A # 78 f1-81		BARRIO				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		301 268 3680		COMUNA		21																	
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD																					
CANINO ☒ FELINO ☐				YDU		Dulerania		MACHO ☒ HEMBRA ☐		2A																					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTELAJARDÍN																	
Blanco		A		06 08 24 Centro de Zoonosis																											
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																															
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		SABED		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											
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: 31/07/25: Canino sano al momento de contacto con propietario, envía certificado de vacunación Digital Zona de alto riesgo																															
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 murciélago								16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado								7. Animal muerto								12. El responsable del animal no se encontraba en casa								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable				☒				8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de rabie								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antibiótico							
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																															
Sblst 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

MM/2017/03/11/003/006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	30	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3093
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	24	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Clínica Colibrí

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Alexandra mollevi mesa	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1125268023	EDAD	23
DOMICILIO	CL 83A #4-46	BARRIO	El Florido	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	318 435 4997

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Coimbra	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIOLOGÍA

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
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 AGRESIÓN	Provocación
---------------------------	---------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------	-------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Agresión por separar pila entre animales

04/08/25 UN: 3.493319 - 26.493094

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 errado		19. Paciente en tratamiento antirrábico	2
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

Stef Victor Gutierrez A.



ALCALDÍA 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	DÍA	30	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3028 sem 30
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	26	MES	07	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	Est Loderca

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Leyton Jesith Palermo Arango	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1191273400	EDAD	13
DOMICILIO	Av 4 oeste 28-08	BARRIO	La Duitrera	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3165727001
				COMUNA	Rural

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Alex tutista	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Av 4 oeste 26-72	BARRIO	TERRA CALARABO	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3116575872
	Iglesia Oyola			COMUNA	(Lovera) 1

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Logan	M7	MACHO	4A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
negro					

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA 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
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
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 AGRESIÓN	Provocado
---------------------------	---------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES

01/08/25 Se contacta familiar del afectado, Información del canino por confirmar
06/08/25 se contacta responsable del canino, manifiesta que el canino recientemente fue esterilizado y
que cuenta con vacuna antirrábica vigente, pero no se logra confirmar vacunación
Contacto telefónico

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 microétago	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 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 UPGO

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Shirley Victoria Gutierrez M.

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	29	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3085	sem 30
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	28	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Clinica Nueva	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Gabriela Garcia Materon	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1108654880	EDAD	2
DOMICILIO	Cra 76 Bis # 72A13	BARRIO	A/Pariso 10/2022	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3158641429

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Isabel Angel	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 76 Bis # 72A13	BARRIO	A/Pariso 10/2022	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3155018190

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUALT	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Kenay (Toby)	M7	MACHO	12A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Buzo	a				VIVENDA
					SANITARIO
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGMOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABIDO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATENDE LA VISTA	FIRMA DE QUIEN ATENDE LA VISTA
1	31 07 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Isabel	Isabel Angel
2	31 08 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Isabel	Isabel Angel
3	05 08 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Isabel	Isabel Angel

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Campo Geriátrico

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 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 errado		19. Paciente en tratamiento antirábico	
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	☒	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD	

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Sgta 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

MMD501.03.11 P003 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 28	MES: 07	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3081	Sem 30
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 26	MES: 07	AÑO: 2025	UPGO QUE REPORTA	Clinica Nueva	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Alba Nelly Benjumen Lopez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31473662	EDAD	
DOMICILIO	Cll 36A # 16-43	BARRIO	Atanasio Girardot	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3137355480

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Alba Nelly Benjumen	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cll 36A # 16-43	BARRIO	Atanasio Girardot	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3137355480

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	CANINO	OTRO-CUAL?		NOMBRE	Ares	RAZA	mt	SEXO	MACHO	HEMBA	EDAD	2A	
COLOR	Parcilla	TAMAÑO	L	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	04 07 25	VACUNADO POR	Angela Mantilla 9929395	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BASEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDIBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARALISIS 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	NO Provocado
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------	--------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES	lesión en mano derecha
--------------------------------------	------------------------

Canino Hospitalizado en veterinaria por esterización 05/08/25

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	5. Animal sacrificado	11. Agresión por muerliago	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 rabia	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

Siguet Victor Gutierrez D.
