



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MM0001 03 11 P003 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	21	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2490	Scm 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Clinica Nueva	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Diego Tobon Lozano			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1654458	EDAD	64
DOMICILIO	Cll 3A # 15-40	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	311 325 9675	COMUNA	3

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	michell steven Renteria Aguirre			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cll 34 # 17C-06	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	321 699 6514	COMUNA	2

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO CLAS?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Zeus	Pitbull	MACHO	3A
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco	a				

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABOR	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA BUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	25 07 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	MICHAEL	MAY
2	25 07 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	MAY	
3	25 07 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	HICHAGI	

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN	VALDOS DOLORS	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocado
---------------------------	----------------------------	---------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Agresion por Pelta entre Caninos

NO se logra verificar vacunacion, se ha tratado en multiples ocasiones de verificar vacunacion, pero propietario es reuente a suministrar informacion GP: 3.441096, -76.568033

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. Si 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 antirábico
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

SGift Victor Gutierrez R.

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)				MMD501.B3.11.P003.F006			
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				VERSIÓN		001			

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2958 Sem 29	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	17	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA		Sura Pasosanche	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	William Alexander Medina Olave			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1018237419			EDAD	19		
DOMICILIO	Cra 17C Tv 29-38			BARRIO	Sanvedra Galindo			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3019305182		

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	MIR			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD			
DOMICILIO	Cra 17C Tv 29-38			BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL			

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

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:		Provocado
----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	--	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

13/07/25: No se logra contactar
 21/07/25: se contacta afectado, se corrige dirección
 24/07/25: no se logra realizar observación del canino por falta de disponibilidad de tiempo del afectado
 manifestando que el canino se encuentra sano al momento
 Cll 3.441856, +57 515377

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 a la merced 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 rascar
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

Sgetz Victor Gutierrez R.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohíbese su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del AS-006.

Página 1 de 1

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI				DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA				MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)												MMDS01.03.11P003 F006																			
								OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN		BOT																	
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS				DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				2944 Sem 23																									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO				DÍA	05	MES	06	AÑO	2025	UNIDAD QUE REPORTA				H Carlos Carranza																									
A. DATOS DEL AFECTADO																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								Dilia Estella Rodriguez Cortes								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				31282665				EDAD				63											
DOMICILIO								Cll 125 A # 28 f 45634								BARRIO				Pitamos 3				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				317 865 6403				COMUNA				21			
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								N/A								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD								EDAD															
DOMICILIO																BARRIO								N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				N/A				COMUNA							
C. DATOS DEL ANIMAL																																							
ESPECIE				OTRO CLAL?				NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD																			
CANINO ☒				FELINO ☐												MACHO ☐				HEMERA ☐																			
COLOR				TAMAÑO				FECHA VAC. ANTIRÁBICA				VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL				VIVIENDA				ANTEJARDÍN				CALLEJERO							
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																							
VISITA		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													
		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				No Provocado			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																							
22/07/25: Se contacta afectado, manifiesta que el canino es de un vecino, pero no tiene alguna información de contacto no recibió tratamiento antirrábico zona de alto riesgo																																							
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 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 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																																							
SGSE7 - Victor R. 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 (13 11 PGG) F008																	
														VERSION		SET															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS DIA: 23 MES: 07 AÑO: 2025		FECHA ACCIDENTE RÁBICO DIA: 16 MES: 04 AÑO: 2025		FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°: 3069 Ser 16 UPGO QUE REPORTA: H. Joaquin Pat Barrero																											
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS: Lot Nelly Castro Toro										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 42110139				EDAD: 51																	
DOMICILIO: Cruz 140 # 300-310										BARRIO: Alcatrazes				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 318557 3129		CÉPULA: 6															
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS:										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				EDAD:																	
DOMICILIO:										BARRIO: Alcatrazes				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil:		CÉPULA: 6															
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE:		OTRO-CUAL?		NOMBRE:				RAZA:				SEXO:		EDA:																	
CANINO: ☐ FELINO: ☒												MACHO: ☐ HEMBRA: ☐																			
COLOR:		TAMAÑO:		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA:		VACUNADO POR:		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:				PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA:		ANTECEDENTES:															
																CALLE-PRO: Peridito															
D. VALORACIÓN SINDROLOGÍA																															
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BASEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INJUSTADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN A TIENE 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:		Provocación					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 24/07/25 Alcatrazes Ya terminó 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 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 mordor							
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																															
SHEET 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

MMDS01.03.11 P003 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	23	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3063 Sem 20
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	22	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	IPS Surra

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Andrea Calderon Galvez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29873203	EDAD	47
DOMICILIO	Av 6 Bisnate # 35N-64	BARRIO	Sindical	N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	N/R
				COMUNA	12

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO		N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	
				COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			MACHO	
				HEMERA	
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRRABICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACION 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		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	HALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Dirección no coincide con comuna y barrio suministrado

25/07/25

Datos incompletos

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 plación para que el responsable acusa 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 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

SEPT 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

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 23	MES: 07	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3046
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 16	MES: 07	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	Sección 29 Clínica de Occidente

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Mario Alberto Guevar Yugo			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1144190439	EDAD	29
DOMICILIO	Cll 83A # 72-98	BARRIO	Valle grande	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	313 757 0072	COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	N/R			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 10 73-31	BARRIO	Arboles	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	N/R	COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO CUALY		NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO				MACHO	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VAGUADO 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		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	NAUOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

29/07/25: No se logra contactar afectado

CEL: 3.480772, - 76.484594

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. Mejor 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 mordor
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

Sgtr - Victor Gutierrez R.

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)				MMDSG1 (3) 11-P003 F006			
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				VERSIÓN		001			

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	23	MES	07	AÑO	2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		3045 Sem 23	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	02	MES	06	AÑO	2015	UPGD QUE REPORTA		H. Jorgina Páez	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Cristina Rodriguez Cuaran			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66820618			EDAD	54		
DOMICILIO	Cll 71B # 1443-62			BARRIO	San Luis 2			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3110841748		

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Rodriguez			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD			
DOMICILIO	Cll 71B # 1443-62			BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3110841743		

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUALT		NOMBRE		RAZA		SESO		EDAD	
CANINO	☒ FELINO							MACHO		HEMERA	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVERDA	
										ANTE-JARDIN	
										CALLEJERO	

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

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:

Se realiza acercamiento a la dirección suministrada, pero manifiestan que la responsable no vive allí. Se intenta contactar telefónicamente, pero no se logra ubicar a la persona.

24/07/15

GR:171143 - Gmc 24072015

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 resaca
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 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

SGSF7 Victor Gutierrez R.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Página 1 de 1

 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 P003.F008)													
														VERSION		901											
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS DIA: 23 MES: 07 AÑO: 2025		FECHA ACCIDENTE RABICO DIA: 04 MES: 05 AÑO: 2025		FECHA EPIDEMIOLÓGICA N° 3044 Gen 19		UPGO QUE REPORTA H. Joaquín Puz																					
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS Maudelen Luceni Sanchez				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 34512783				EDAD 59																			
DOMICILIO Cra 7n # 63-20				BARRIO Las Ceibas				N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL				COMUNA 7															
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS De la Cruz				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD																			
DOMICILIO Cra 7n # 63-20				BARRIO				N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL				COMUNA															
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE CANINO ☒ FELINO		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO MACHO ☐ HEMBRA ☐		EDAD													
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRABICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTECEDENTES		CALLEJERO											
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																											
VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		RABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISTA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA		
1	DIA	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 PERCIEN		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: No se logra ubicar afectado en ubicación suministrada Datos incompletos 30/07/15 GR 3.456610-76.437468 28/07/15 GR 3.456386-76.437773																											
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 trata de cración para que el responsable lo lleve 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																											
SGT Victor Gutierrez P.																											

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

PERSONA

SE

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	23	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3043 Sem 24
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	21	MES	06	AÑO	2025	LUGAR QUE REPORTA	N. Joaquín 247 Doncebo

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Carmen Daniela Ortiz Solis	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1151962162	EDAD	26
DOMICILIO	Cra 79 # 76-78	BARRIO	Alfonso Lopez 3	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3225112732

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Dayanira Ortiz	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 79 # 76-78	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3225112732

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO ☒ FELINO ☐		Joby	Mz	MACHO ☒ HEMBRA ☐	2 m
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco-m	2				

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	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 VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
1	25 07 25	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Dayanira Ortiz
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	P. Valoración
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------	---------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES

Cunino iniciado plan vacinal

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

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 llega a la casa 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. Presencia en tratamiento ambulatorio
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	10. Animal agresor frente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPUD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGIET Victor Gutierrez R.

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CHILE		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				NMDS01.03.11.P003.F006 VERSIÓN: SER:											
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 23	MES: 07	AÑO: 2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°		3841 Sem 29		UPGD QUE REPORTA		CS Decepat									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 16	MES: 07	AÑO: 2025	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1104338524		EDAD		9									
NOMBRE Y APELLIDOS: Helen Dayani Medina Arboleda				DOMICILIO: Cva 280 H 125-79		BARRIO: potrero grande		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		3137105642									
NOMBRE Y APELLIDOS: Danna Vasquez				DOMICILIO: Cva 280 H 125-79		BARRIO: potrero grande		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		313 733 6570									
ESPECIE: CANINO				OTRO-CUAL?		NOMBRE: Sacha		RAZA: Mz		SEXO: MACHO									
COLOR: Blanco-N		TAMAYO: a		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA: DIA. MES. AÑO.		VACUNADO POR:		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:		PERMANENCIA DEL ANIMAL:									
VIVIENDA: a		ANTEJARDÍN: a		CALLEJERO: 6m		MACHO: a		HEMBRA: a		EDAD: 6m									
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	PRIMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA						
1	DIA. 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:		MALOS OLORES		SI NO		HECES		SI NO		ORINA		SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		Provocado	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:												Provocado							
25/07/25												Por manipular alimento							
Zona de alto riesgo																			
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 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																			
SGS47 - Victor Guzman																			

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	23	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3036 Sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Clinica versalles

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Hanna Hernandez villota	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1104852208	EDAD	2
DOMICILIO	Cra 16N # 37-64	BARRIO	Paseo del Comercio	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	315 320 6103

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Laura Marcela villota	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	WIR	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3153606103

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Simba	Collier S.	MACHO ☒ HEMBRA	3 A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Amarillo	α	10 03 24	Purpura forever veterinaria		VIVIENDA ANTEJARDIN CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRASAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA BUELTA	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:

Acudiente de la afectada manifiesta que el canino esta en el municipio de Candelaria por frago con el canino

Envia carnet digital

28/07/25

Candelaria

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 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 UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Sheta Victor Gutierrez R.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMJSG1.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	23	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3032	SEM	28
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	12	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Fundación Club Noel		

A. DATOS DEL AFECTADO													
NOMBRE Y APELLIDOS						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD					
DOMICILIO						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA					
Samuel Soto Mesa						1114004952		14					
Cra 26 N 236 22						BARRIO		Rodeo					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD					
NOMBRE Y APELLIDOS						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA					
Helber Vallejo						314314843		12					
C. DATOS DEL ANIMAL						N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL					
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD			
CANINO	☒ FELINO							MACHO		HEMBRA			
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDIN			
										CALLEJERO			
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA													
VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABEO	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			
1													
2													
3													
E. CONDICIONES SANITARIAS											F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN		
SE EVIDENCIA O SE PERCIBE:													
MALOS OLORES											SI NO		
HECES											SI NO		
ORINA											SI NO		
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:													
28/07/25													
GR 2.433824; 76.506555													
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			18. 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			19. Agresión por roedor				
4. Animal con síntomas de rabia			9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis			14. Teléfono errado			20. Paciente en tratamiento antirrábico				
5. Animal con enfermedad diferente a			10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)			15. Teléfono fuera de servicio			21. 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)

MMDS01-03.11-P003-F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 23	MES: 07	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3027 Sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA: 14	MES: 07	AÑO: 2025	UPGO QUE REPORTA	M Primitivo Iglesias

A. DATOS DEL AFFECTADO							
NOMBRE Y APELLIDOS	Samuel Molina Mora		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1109677313	EDAD	12	
DOMICILIO	Cra 11 # 5-57	BARRIO	La Base	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3105963926	COMUNA	5

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL							
NOMBRE Y APELLIDOS	Julie Molina		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD		
DOMICILIO	Cra 11 # 55-77	BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3105963926	COMUNA	

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
					ANTEJARDÍN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																			
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 VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA						
	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:

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 3168673935 Luz Edilma - Villugorgona

Accidente del afectado manifiesta que el felino esta ubicado en el corregimiento de Villugorgona 25/07/25

NO se logra contactar responsable del felino 30/07/25

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 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

Shett Victor Gutierrez R.