



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°	3030 Sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	13	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Empresa de medicina I.

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Justin Esteban Soto Montano	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1191217428	EDAD	14
DOMICILIO	Cra 7T # 72-70	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELÉFONO FJO / MÓVIL	314 408 3172

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Valeky Soto	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 7T # 72-70	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELÉFONO FJO / MÓVIL	314 408 3172

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			MACHO	10A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Cafe		15 07 25	124951 Dianne Munguia		

D. VALORACIÓN ZOOLOGÍA

VISTA	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 ATIENDE LA VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
1	29 07 25												
2													
3													

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

29/07/25 Propietaria del canino revente a recibir visita para observación a Agresión por manipular el Canino

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Sheet Victoria 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: 23 MES: 07 AÑO: 2025		FECHA ACCIDENTE RÁBICO DÍA: 12 MES: 07 AÑO: 2025		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°: 3022 Su 28		UPGD QUE REPORTA: H Carlos Caramona			
A. DATOS DEL AFECTADO									
NOMBRE Y APELLIDOS: Beatriz Delgado Ramos				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 31923242		EDAD: 62			
DOMICILIO: Cra 74 # 25-31				BARRIO: El Paraíso		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 3148446456		COMUNA: 12	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL									
NOMBRE Y APELLIDOS: Vecina				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		EDAD:			
DOMICILIO:				BARRIO:		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil:		COMUNA:	
C. DATOS DEL ANIMAL									
ESPECIE: CANINO		OTRO:		NOMBRE:		RAZA:		SEXO:	
COLOR:		TAMAÑO:		FECHA VAC. ANTIRÁBICA:		VACUNADO POR:		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:	
PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA:		ANTEJARDIN:		CALLEJERO:			
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA									
VISITA:		FECHA DE OBSERVACIÓN:		PERÍODO DE APETITO:		INCOORDINACIÓN:		DIFICULTAD RESPIRATORIA:	
BARRIDO:		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:			
E. CONDICIONES SANITARIAS:		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES:		SI: NO:		HECE: SI: NO:	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:							
Afectada manifiesta que llego a un acuerdo con responsable del Canino, por lo tanto no brinda información. No se logra confirmar dirección. Afectada es reuente a brindar información 24/07/25									
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS: BUENA									
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 viviendas			
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se dep. estación 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									
SGT 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

MMD801.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	23	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		3010 Sem 29	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	19	MES	07	AÑO	2025	LUGAR QUE REPORTA		Clínica Fatal/bones	

A. DATOS DEL AFECTADO											
NOMBRE Y APELLIDOS						Mayra Julieth Cartagena Tello			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1111804220
DOMICILIO						Cll 41 # 16-71			BARRIO		4 de mayo Girardot
									N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		320 626 4322
									EDAD		30
									COMUNA		8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL											
NOMBRE Y APELLIDOS									N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
DOMICILIO									BARRIO		
									N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		
									EDAD		
									COMUNA		La Estrella - Guatuzare

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

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																										
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 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		Provocado	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																			
Agresión por separar pata entre Caninos																			
24/07/25																			
48 3.442531, -K. 105 051																			

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 cría/ón para que el responsable busque 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 diferente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPOD			

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD									
SGSt7 - Victor Gutierrez R.									



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MWD/001/03 11 P003 F006

VERSIÓN

101

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	23	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2997 San 27
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	Servicios de salud IPS

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Ruth Maria Torres De Tenorio	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29040167	EDAD	87
DOMICILIO	CL 71 # 145-1-24	BARRIO	Fernandópolis	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	310 620 3169
	Piso 2			COMUNA	6

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Joseph Collatos	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	CL 71 # 145-1-24	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	310 620 3169
				COMUNA	6

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO ☒ FELINO ☐		Sese	m?	MACHO ☐ HEMBRA ☐	5m
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
negro	+				VIVIENDA ☒ ANTEJARDIN ☐ CALLEJERO ☐

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

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 VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
24	07	25											
25	07	25	X		X		X		X		X		
29	07	25											

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Canino iniciando plan sanitario, Antirrábico por verificar

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 crea crisis 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 UPGO	

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

S6547 Victor Gutierrez



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMD501.03.11.P003.F006

VERSION

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 23	MES: 07	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	3001 Ser 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 18	MES: 07	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	Sura Paredoncho

A. DATOS DEL AFECTADO			
NOMBRE Y APELLIDOS	Adhara Velez Cruz	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	123 232 0740
DOMICILIO	CL 34 A # 84-95	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	301 556 9393
	BARRIO: Troncal	EDAD	3
		COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL			
NOMBRE Y APELLIDOS	Lili Consuelo Vellido	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DOMICILIO	Centro de Pesca Furtiva	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	312 801 1603
	BARRIO:	EDAD	
		COMUNA	Palmyra

C. DATOS DEL ANIMAL			
ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA
CANINO ☒ FELINO ☐			
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR
		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
			VIVENDA
			ANTEJARDIN
			CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																											
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	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:

Canino ubicado en el municipio de palmyra

No se logra contactar responsable del canino 25/07/25

Familiar de la afectada manifiesta que no se recibió tratamiento antirrábico 29/07/25

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGSTT Victor Gutierrez D.

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	14	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2878
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	07	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Fundación valle del lili

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Miguel Angel Gomez Quintero	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1109562879	EDAD	8
DOMICILIO	Cra 26 m # 50-31	BARRIO	Nueva Floresta	N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL	313 7706349
				COMUNA	12

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO		N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL	
				COMUNA	Genebra - valle

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	PELINO	4 Pony-faucho		MACHO	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
					VIVIENDA
					ANTEJARDÍN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISTA	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 PERCIBEN	MALOS OLORES	SI NO	HECES	SI NO	ORINA	SI NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocado
---------------------------	----------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Animal ubicado en otro municipio 22/07/25

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 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 antirrábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	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

SGT 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 PC03 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	21	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2991	sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	19	MES	07	AÑO	2025	LUGAR QUE REPORTA	Clínica Nueva	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Maitel Andrea Muñoz Rujo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1130 67 0764	EDAD	38 A
DOMICILIO	Cra 7C #81-82	BARRIO	Alfonso Lopez 1	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	316 566 6079
				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	TAMAÑO	PIELES VAC. ANTI RÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
					VIVIENDA
					ANTEJARDÍN
					CALLEJERO
					α

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISTA	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
1													
2													
3													

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVOLUCIONA SE PERUBEN	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocado
---------------------------	--------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES	
--------------------------------------	--

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 muerlago	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 (ratón)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGITT 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

MMDS01.03.11 P003 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2935 Ser-28
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	10	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Sura Pasancho

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Francisca Elena Cerón Aguirre			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	668 60276	EDAD	53
DOMICILIO	Cra 26 # 43-25	BARRIO	Asturias	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	717 303 4288	COMUNA	12

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	(Cra 24 # 43-25)	BARRIO	Rodeo	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		COMUNA	12

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	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

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				
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:

21/07/25 no responde llamadas
22/07/25 no se logra contactar
Se corrige dirección de la afectada
23/07/25: Afectada manifiesta que no cuenta con información precisa del responsable de caso 42 3.435977, -76.500431

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 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

Sigifredo Uribe G. G. Uribe G.

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

MMDS01.03.11.P003.F008

VERSION

001



DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

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

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS: DIA 16 MES 07 AÑO 2025
FECHA ACCIDENTE RÁBICO: DIA 13 MES 07 AÑO 2025

FECHA EPIDEMIOLOGICA N° 2953 Sem 29
UPGO QUE REPORTA: CS Decapet

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria Yolanda Valencia Mejia
DOMICILIO: N/A
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 29607827
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 311643658
EDAD: 47
COMUNA: 21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria Yolanda Valencia
DOMICILIO: N/A
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 29607827
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 3169400716
EDAD: 47
COMUNA: 21

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BAJES	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: HEDES: SI NO: ORINA: SI NO: 7. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
21/07/25: No se logra contactar en ninguno de los numeros suministrados
22/07/25: No se logra contactar telefonicamente

Datos incompletos

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENO-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 maridaje	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 antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a	10. Animal agresor difiere a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGO

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGSE Victor Viterro 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				AMOS01.03.11.P003.F006					
								VERSIÓN	001				
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS DÍA: 16 MES: 07 AÑO: 2025		FECHA ACCIDENTE RÁBICO DÍA: 12 MES: 07 AÑO: 2025		FECHA EPIDEMIOLÓGICA N° 2445 Jan 23		UPGD QUE REPORTA: H Soaquín P97							
NOMBRE Y APELLIDOS Edith Amparo Martínez González		DOMICILIO Cra 10N # 81-11		BARRIO Paso del Comercio		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 31266662		EDAD 72					
NOMBRE Y APELLIDOS DOMICILIO		BARRIO Paso del Comercio		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL 3125564215		EDAD COMUNA 6							
C. DATOS DEL ANIMAL													
ESPECIE CANINO ☒ FELINO		OTRO CUALT		NOMBRE		RAZA		SEXO MACHO ☐ HEMBRA ☐					
COLOR Negro		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTRÁBICA		VACINADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL					
PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO		perdido					
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA													
VISTA	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 VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
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 PERCIPIEN:		MALOS OLORES		SI NO		HECES		SI NO		ORINA	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: Provocado	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Afectada manifiesta que el canino pertenece a un habitante de calle													
23/07/25 3.491871, -76.490013													
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 UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD													
Shifet - Víctor Gutiérrez 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

MMDS/01/03/11/2013/0308

VERSIÓN

301

FECHA REGISTRO EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	16	MES	07	AÑO	2025
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	14	MES	07	AÑO	2025

FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2984	Sem 20
UPGO QUE REPORTA	Unidad de Urgencias	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Brayan David Hoyos Caidon	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1109184080	EDAD	21
DOMICILIO	Cra 17 # 33F-116	BARRIO	Atecaso Grande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3155471535
				COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			NACHO	HEMBRA
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	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	
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:

Canino Cerro Pilón
Se realizaron 2 acercamientos al domicilio del afectado se le brinda información al Familiar de la fecha con el fin de conocer ubicación del responsable del animal, pero no se logro contactar al afectado ni obtener información del Canino agresor
21/07/25 CR 3.442706 - 76 508472

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 mordijala	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 defendió a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGO

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDSG 1.03 11 P001 F006

VERSIÓN

101

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2983	sem 28
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	10	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Unidad de urgencias	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Kevin Javier Gomez Cardona	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1151963561	EDAD	27
DOMICILIO	Cll 215 # 8N-70	BARRIO	Guaduales	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3122045456

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Florealia	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	COTRO-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 ☐ CALLEJERO ☒

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SARRO	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	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	NO Provocado
---------------------------	----------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------------------	--------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

12/07/25

Segunda Dosis de tratamiento

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 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 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

Suscribido Victor Guherret 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

SMDS01-03 11 PM03 FV08

VERSIÓN

101

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS
DÍA 16 MES 07 AÑO 2025
FECHA ACCIDENTE RÁBICO
DÍA 11 MES 07 AÑO 2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 2981 Sem 28
URGO QUE REPORTA Unidad de Urgencias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS Luciana Martinez Reyes
DOMICILIO Cra 240 # 85-96
BARRIO Ciudad Talanga
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1232828717
N° DE TELÉFONO Fijo - Móvil 3175623366
EDAD 2
COMUNA 21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS
DOMICILIO Cra 270 # 85-96
BARRIO
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
N° DE TELÉFONO Fijo - Móvil 3175623366
EDAD
COMUNA

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE OTRO-CUAL? CANINO ☒ FELINO
NOMBRE Muteo RAZA MZ
SEXO MACHO ☒ HEMBRA ☐
COLOR negro TAMAÑO FECHA VAC. ANTIRRÁBICA 23 11 24 VACUNADO POR Juliana Torres (840930)
N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL PERMANENCIA DEL ANIMAL VIVIENDA ANTEJARDIN CAL. F. JERO

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:

Confirmar vacunación por medio digital

18/07/25

42: 3.434434 - 76.463379

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 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 diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a URGO

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGT Vctor Gutierrez R.