



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

301

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2979 Sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	13	MES	07	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	IPS Surra

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Jorge Ivan Velez mesa	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	16357490	EDAD	62
DOMICILIO	Av 8A Norte 9-48	BARRIO	Guadalupe	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3152565888
				COMUNA	6

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 ☐				MACHO ☐ HEMBRA ☐	
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			PERDIDA 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:

Se contacta Afectado manifiesta no estar en la vivienda, no se logra confirmar dirección de fuente a brindar ubicación del canino
Boton de voz 17/07/25

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

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

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por mordedura	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se dejó 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 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

SGSST Victor Gutierrez R.



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMDS01 03 11 P003 F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2972 Ser-26
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	24	MES	06	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	Urgencias valle Salud

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Emanuel Luna Perez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1006099486	EDAD	23
DOMICILIO	Cll 43 # 12C -24	BARRIO	Troca	N° DE TELEFONO Fijo / MOVIL	3217403222
				COMUNA	8

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 ☐ HEMBRA ☐	
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRRABICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
					VIVIENDA ☐ ANTEJARDIN ☐ CALLEJERO ☒

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCÓMODACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
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:

Por pelea con propietario del canino

18/07/25 GP: 3447008, -76.502263
1 dosis del tratamiento antirabico

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 molichego	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 antirabico
5. Animal con enfermedad diferente a (detallar)	10. Animal agresor ofende 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 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

NINDSOT 03-11-P003.F-3/1

VERSIÓN

3/1

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	16	MES	07	AÑO	2015	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2969 Sem 28
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	12	MES	07	AÑO	2015	URGO QUE REPORTA	Servicios Integrados de Salud

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Nidia Burban Gil		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31256925	EDAD	72	
DOMICILIO	Cll 62 # 11-163	BARRIO	Saavedra Gulinob	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3103847956	COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	mercedes Cuenca		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	3214853326	EDAD
DOMICILIO	N/12	BARRIO	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	☐	FELINO	☒					MACHO	☐	HEMBRA	☐
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRABICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL	
										VIVIENDA	
										ANTEJARDÓN	
										CALLEJÓN	

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACION			PERDIDA DE APETITO		INCOORDINACION		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDIBULA 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			
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

La afectada es veniente a brindar información de ubicación y/o contacto del responsable del félino
Datos del responsable incompletos
no responde llamado 17/07/2015 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 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 dejó 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 LIPOD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGIT Victor Gutierrez R.



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01 03 11 P003 P008

VERSIÓN

301

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

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 2968 Sem 29
UPOD QUE REPORTA Empresa de Medicina Integral

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS Maria Teresa Pereira De Hoyos
DOMICILIO Cra 10 #49-63 BARRIO Villa Colombia
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 29942013 EDAD 92
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil 3216250100 COMUNA 3

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS
DOMICILIO Cra 10 #49-63 BARRIO Villa Colombia
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil
EDAD
COMUNA 3

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE OTRO-CUAL? NOMBRE RAZA SEXO EDAD
CANINO FELINO MACHO HEMBRA 5A
COLOR TAMAÑO FECHA VAC. ANTRÁBICA VACUNADO POR N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco-A 25 11 24 Dalmata Lujano mv

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
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	15	02	25																					Catalina Padilla	
2	15	03	25																						
3	21	04	25																						

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:

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	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 murciélago	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 rodeo	19. Paciente en tratamiento antirábico	20. Notificación inmediata a UPOD
-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	------------------	-----------------------------	--	--	-----------------------------	--	----------------------	---------------------	--------------------------------	-------------------------------	---	------------------------	--	-----------------------------------

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

56547 Victor Gutierrez R.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMG501 03 11 P003 F008

VERSIÓN

501

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	16	MES	07	AÑO	2025
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	15	MES	07	AÑO	2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 2967 Sem 29
UPGD QUE REPORTA Clínica de accidente

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Luis Felipe Castano Cruz				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1107575374	EDAD	26
DOMICILIO	Cra 106 Bis #63-108 BARRIO Las Ceibas				N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3234354342	COMUNA	7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		C. DATOS DEL ANIMAL															
CANINO	☒	FELINO		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD					
COLOR		TAMAO		FECHA VAC. ANTIRRABICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENCIA		ANTEJARDIN		CALLEJERO	

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1													
2													
3													

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

lesion en pierna derecha

Curino de otro municipio 17/07/25

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 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 opción 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

Saga Victor Gutierrez R



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MANEJO 03 11 2003 F008

VERSIÓN

301

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS
DIA 16 MES 07 AÑO 2015
FECHA ACCIDENTE RABICO
DIA 12 MES 07 AÑO 2015

FECHA EPIDEMIOLÓGICA N° 2457 Sem 28
LUGAR QUE REPORTA H. Primitiva Iglesias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS Yudy Garcia
DOMICILIO Cl 26 H 17 B1-37 BARRIO Simon Bolivar
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 310918662 EDAD 56
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil 316 721 4193 COMUNA 3

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS Yudy Garcia
DOMICILIO Cl 26 H 17 B1-37 BARRIO Simon Bolivar
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3 EDAD 3
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil 316 721 4193 COMUNA 3

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE OTRO-CUAL? NOMBRE Raza SEXO EDAD
CANINO FELINO MACHO HEMBRA 64
COLOR TAMANO FECHA VAC. ANTIRRABICA VACUNADO POR N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL PERMANENCIA DEL ANIMAL
Cafe-A 28 05 15 Centro de Zoonosis
VIVIENDA ANTILARON 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
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	17	07	15																					Nataly Garza	Nataly Garza
2	18	07	15																					Nataly Garza	Nataly Garza
3	21	07	15																					Nataly Garza	Nataly Garza

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:

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	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 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 roedor	19. Paciente en tratamiento antirabico	20. Notificación inmediata a UPOG
-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	------------------	-----------------------------	--	--	----------------------------	--	----------------------	---------------------	--------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------	--	-----------------------------------

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Shitz Victor Gutierrez N.



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDSG-01 03 11 P003 F008

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS
DIA 16 MES Julio AÑO 2025
FECHA ACCIDENTE RABICO
DIA 13 MES Julio AÑO 2025

FECHA EPIDEMIOLOGICA N° 2955 - Se - 24
URGO / ZIE REPORTE H Primitiva Iglesias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS Abril Yajaira Rodriguez murillo
DOMICILIO Cra 27A # 325 37 BARRIO Villa blanca
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1144000795 EDAD 4
N° DE TELEFONO Fijo / MOVIL 3167648611 COMUNA 13

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS Paola murillo
DOMICILIO Cra 27A # 325-37 BARRIO Rodeo
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD B EDAD
N° DE TELEFONO Fijo / MOVIL 3165026681 COMUNA 12

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE OTRO CUAL? NOMBRE RAZA SEXO EDAD
CANINO FELINO AKIRA M H MACHO HEMBRA 1A
COLOR TAMAÑO FECHA VAC. ANTIRABICA VACUNADO POR N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL PERMANENCIA DEL ANIMAL VIVIENDA ANTE ALARON CALZUELO
gris 2 07 25 Centro de Tomas y Vaciado 2

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		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
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	17	07	25	<		<		<		<		<		<		<		<		<		<		Robinson Rodriguez	
2	18	07	25	<		<		<		<		<		<		<		<		<		<		Robinson Rodriguez	
3	21	07	25	<		<		<		<		<		<		<		<		<		<		Robinson Rodriguez	

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Dirección Corregida Cra 25B # 42A-60

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 (dejarlo)	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 el animal para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	18. Agresión por mordida	19. Paciente en tratamiento antibiótico	20. Notificación inmediata a UPGD
-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	------------------	-----------------------------	--	---	----------------------------	--	----------------------	---------------------	--------------------------------	-------------------------------	---	--------------------------	---	-----------------------------------

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGT Vitor Gutierrez R.



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11 P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO
DE ZOONOSIS

DÍA

16

MES

07

AÑO

2025

FECHA ACCIDENTE RÁBICO

DÍA

14

MES

07

AÑO

2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

2954 Sem 29

UPGD QUE REPORTA:

H primitivo 29/05/25

NOMBRE Y APELLIDOS

Maria Claudia Trazo Bolaños

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

31998827

EDAD

70

DOMICILIO

Cra 7# 63-152

BARRIO

A/Elundo 10pt 2

N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil

4031477

COMUNA

7

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

BARRIO

A/Elundo 10pt 2

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

EDAD

70

N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil

COMUNA

7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE

OTRO-CUAL?

NOMBRE

RAZA

SEXO

EDAD

CANINO

FELINO

MACHO

HEMERA

COLOR

TAMARCO

FECHA VAC. ANTIRÁBICA

VACUNADO POR

N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL

PERMANENCIA DEL ANIMAL

VIVIENDA

ANTEJARDÍN

CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA

FECHA DE OBSERVACIÓN

PÉRDIDA DE APETITO

INCOORDINACIÓN

DIFICULTAD RESPIRATORIA

BABBO

DIFICULTAD PARA TRAGAR

NERVIOSIDAD

MANDÍBULA BUELTA

PERIODICIDAD INUSITADA

PARÁLISIS POSTERIOR

SACRIFICADO O MUERTO

NOMBRE DE QUIÉN ATIENDE LA VISITA

FIRMA DE QUIÉN 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

SI

NO

SI

NO

SI

NO

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:

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 muerdago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja oración para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por mordor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono anado	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

Shift Vector Gutierrez N.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01 03 11 P003 F006

VERSIÓN

301

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2943 Sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	13	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Inversiones de Salud del Valle

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Albeiro Castaño Martínez			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	16740206	EDAD	58
DOMICILIO	Cra. A Bis 129 y	BARRIO	Sanvedra Guinda	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3166936860	COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Cra 17 Bis 129-41			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Sanvedra Guinda	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA	8

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SINDROLOGÍA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Por separar pelea entre caninos

21/07/25

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

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

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por mordedura	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se dejó 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

SAREZ 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

MMD507 03 11 P003 F006

VERSIÓN

301

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2416 Sem 28
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	10	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA:	CS Decepa7

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	L7 Damaz Ocampo Zabala			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	38 462 457	EDAD	45
DOMICILIO	Cll 100 Cruz 20			BARRIO	Decepa7	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	313 953 9036
						CÓMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO				BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	317 036 2297
						CÓMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD		
CANINO	☒	FELINO	☐					MACHO	☐	HEMBRA	☐
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTRÁBICA		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		BABEC		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INJUSTADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																											
2																											
3																											

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

21/07/25 Dirección Incompleta
18/07/25 no responden llamada

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 murciélago	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 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 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 (detallar)	10. Animal agresor ofende a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGEE7 Victor Gutierrez R

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMDS01.03.11 P003.F006																	
														VERSIÓN		301															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2915 Sem 28																					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	11	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA		CS Deceper																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS								Ostín David Cuero Montenegro				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1111704541																	
DOMICILIO								Cra 28 e # 24B-60				BARRIO		Potrero grande		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3233852568													
EDAD								5				COMUNA		21																	
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS								Franferio Custilio				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD																	
DOMICILIO												BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		320911778													
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																	
CANINO		FELINO										MACHO		HEMBRA																	
COLOR		TAMANO		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		RABEO		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																															
21/07/25 No se logra contactar responsable del canino 18/07/25 No se logra contactar responsable del canino ni accidente del afectado																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA									
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																															
1. Animal sano vacunado								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				a				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				x				20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
SGT2 Víctor Gutierrez R																															



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMDS01 Q3 11 PQ03 F006

VERSION

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS
DIA 16 MES 07 AÑO 2025
FECHA ACCIDENTE RABICO
DIA 10 MES 07 AÑO 2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 2910 Sem 28
URGO QUE REPORTA H Primitivo Iguías

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS Jose Bernardo Tangarife marmolejo
DOMICILIO Cra 17 B # 36-00 BARRIO La Floresta
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 16636619 EDAD 65
N° DE TELEFONO Fijo / Móvil 3123755514 CORREO 8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS
DOMICILIO BARRIO Floresta
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
N° DE TELEFONO Fijo / Móvil
EDAD
CORREO 8

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE OTRO-CUAL? NOMBRE RAZA SEXO EDAD
GANINO ☒ FELINO ☐
COLOR TAMAÑO FECHA VAC. ANTIRRABICA VACUNADO POR N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL PERMANENCIA DEL ANIMAL VIVIENDA ANTEJARDIN CALLEJERO
MACHO ☐ HEMBRA ☐
0

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

17/07/25 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 morderlago	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 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 difente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a URGO

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Shift 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

MMDS/01 (03.11.2003) F006

VERSIÓN

101

FECHA REPORTE EN CENTRO
DE ZOONOSIS

DÍA

16

MES

07

AÑO

2025

FECHA ACCIDENTE RÁBICO

DÍA

08

MES

07

AÑO

2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

2407

Sem 28

UPGD QUE REPORTA

Unidad de Urgencia

NOMBRE Y APELLIDOS

Fanny Valentina Ceballos Aguilar

N° DOCUMENTO DE
IDENTIDAD

1028443429

EDAD

17

DOMICILIO

Calle 56 Bis A37-34

Barrio Calima Decapal

N° DE TELÉFONO
Fijo / Móvil

3156335072

COMUNA

21

NOMBRE Y APELLIDOS

Comfamiliar Emapa 1 Apto H502

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

N° DOCUMENTO DE
IDENTIDAD

EDAD

DOMICILIO

Asia Comfamiliar Emapa 1

Barrio

N° DE TELÉFONO
Fijo / Móvil

COMUNA

6

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE

OTRO-CUAL?

NOMBRE

RAZA

SEXO

EDAD

CANINO

FELINO

✓

COLOR

TAMANO

FECHA VAC. ANTIRRÁBICA

VACUNADO POR

N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL

PERMANENCIA DEL ANIMAL

VIVIENDA

ANTEJARDIN

CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA

FECHA DE
OBSERVACIÓN

PERDIDA
DE APETITO

COORDINACIÓN

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

SI

NO

SI

NO

SI

NO

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

Se contacto familiar de la afectada pero manifiesta que no tiene contacto y/o información del responsable del felino 21/07/25

Datos incompletos felino de unidad residencial

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 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

SGSEF Victor Gutierrez R.