



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMD501.03.11.P003.F006

VERSIÓN

301

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	16	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2903 Sem 78
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	03	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	H primitivo Crespo

A. DATOS DEL AFFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Blanca Elvira Ojeda Pescador	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31840332	EDAD	65
DOMICILIO	CMD 13 D # 27-33	BARRIO	Simon Bolivar	N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL	3177547513
				COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Simon Bolivar	N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL	
				COMUNA	3

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

18/07/25

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 neurodelago	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 ciberon 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 (detalle)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Sgtte Victor Gutierrez A.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MM0501.03 11 P003 F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	16	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2844 Sem 28
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	09	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	H Joaquín Paz

A. DATOS DEL APECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Natalia Lopez Guzman			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	116856 2239	EDAD	19
DOMICILIO	Cru 7e Bis #61-15	BARRIO	Alfonso Lopez 1	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	320 823 3785	COMUNA	7

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			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 PERCIPIEN:	HALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:
---------------------------	------------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Se realiza desplazamiento hasta la dirección suministrada, pero habitante de la vivienda manifiesta no conocer la afectada

No se logra contactar telefónicamente

21/07/25 Cel 3.459008, - 76.488729

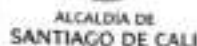
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA
---	-------	-----------	------------

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 cación 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

Sgtt Victor Quiroz R.



DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PUBLICA

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

MMD501 03.11.P003.F008

Lynn Bentley-Jones

1984

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	15	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2833 sem 29
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	13	MES	07	AÑO	2025	UPOD QUE REPORTA	Fundacion valle del ili

A. DATOS DEL AFFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Joe Zapata mung		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1131125336	EDAD	3	
DOMICILIO	la huilera km 7	BARRIO	la huilera	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3188517943	COMUNA	Rural

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL:

NOMBRE Y APELLIDOS	Jorman Steven Perea			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD
DOMICILIO	Pueblo nuevo	BARRIO	Quiteria	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	COMUNA
				322 613 5821	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	☒ FELINO										
				Wanda		American Bulling		MACHO		HEMERA	☒
COLOR	TAMAO	FECHA VAC. ANTIRRABICA		VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDIN	CALLEJERO
933	2										

D. VALORACIÓN SIGNIOLÓGICA

[illegible]

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

ultima vacunacion B/03/24 por yepet's sin Tg.
Antimbrca

por manipular alimento del Casino

se contacta telefonicamente 19/07/20

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 muerdillago	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 deja cración 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 mordor
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

1. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGIT7 Victor Gutierrez D.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MÓDELO 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	09	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2810 sem 27
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	03	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	H Primitivo Iyleses

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Medardo Ramirez Caicedo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	16787695	EDAD	54
DOMICILIO	Cra 25 # 336-07	BARRIO	Afundo Buenavista	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	4486789

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Vecino	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3136718343

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 ANTILARVA ANTEJARON CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	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	HÉCES	SI NO	ORINA	SI NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN
---------------------------	----------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Afectado manifiesta que fueron 3 caninos que lo agredieron, al momento de la visita no se logra observar ninguno de los animales en el punto que el indicó.
11/07/15
No recibió tratamiento antirrábico

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	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	16. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirrábico
5. Animal con enfermedad diferente a	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGST Victor Gutierrez R.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

NMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	15	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2887 son 28
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	17	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Fundación valle del lili

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Jorge Hernan Lopez Gutierrez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10002923	EDAD	48
DOMICILIO	Cra 170 # 51-60	BARRIO	Herrigüero	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	317 255 7286
				COMUNA	Rural

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Jorge Lopez Gutierrez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 170 # 51-60	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	317 255 7286
				COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Aron	malagueño	MACHO	3 A
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Cafe					
				VIVIENDA	ANTEJARDIN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA 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 PERCIPIEN	MALOS OLORES	SI NO	HECES	SI NO	ORINA	SI NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	Provocado
---------------------------	-----------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Afectado manifiesta que el canino cuenta con vacunación vigente, pero no tiene carnet ya que el canino fue recién adoptado y la documentación la tiene antiguo propietario 18/07/25

No responde llamadas 18/07/25

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

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por mordedura	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja atención para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por 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 agredir 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 Victor Gutierrez R.



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01 03 11 P003 F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	09	MES	07	AÑO	2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	7812 Sem 27
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	01	MES	07	AÑO	2015	UPGD QUE REPORTA	Eje Ladera

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan David Guezada Lozano	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1144193234	EDAD	29
DOMICILIO	Cra 24 Bis #31-45	BARRIO	Ciudad Talanga	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	313 416 4698

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Martha Martha	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 45 B # 22-63	BARRIO	Ciudad Talanga	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	7

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			MACHO	HEMERA
COLOR	TAMARCO	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	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													
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:

Se realiza acercamiento a la vivienda, la señora martha y afectado no suministran información del canino o del propietario quien dice es un familiar

Recomentos abridar información 16/07/25

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

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

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por 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 mordor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antrático
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

Shitz Victor Gutierrez N.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDSO-03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	04	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	7800 sem 27
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	03	MES	07	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	H Carlos Holmes Trujillo

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Blanca Consuelo Ortega Ortega	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66857141	EDAD	52
DOMICILIO	Cra 22B # 102F-9	BARRIO	Compartir	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	COMUNA

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Blanca Ortega	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	a		MACHO	1
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco-A	~	18 07 2025	centro de zoonosis		

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	11 07 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2	15 07 25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
3	18 07 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66857141	Blanca Consuelo Ortega

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

10/07/25

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

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

1. Animal sano vacunado	2. Animal sano no vacunado	3. Animal no observable	4. Animal con síntomas de rabia	5. Animal con enfermedad diferente a rabia	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 mordelago	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 cría con para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	18. Agresión por roedor	19. Paciente en tratamiento antirrábico	20. Notificación inmediata a UPGD
-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------	--	-----------------------	------------------	-----------------------------	--	--	----------------------------	--	----------------------	---------------------	--------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------	---	-----------------------------------

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

56557 Victor Gutierrez Q



ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

NMDS01 03 11 P003 F005

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

VERSION

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	09	MES	07	AÑO	2025	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2775 Sem 27
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	01	MES	07	AÑO	2025	UNIDAD QUE REPORTA	Unidad de urgencias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Melina Sofia Bucaya Valencia			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1247438311	EDAD	6
DOMICILIO	Cll 56 # 74 A - 10 BARRIO Nueva Floresta			N° DE TELÉFONO Fijo - MÓVIL	312637 2524	COMUNA	12

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan Esteban Muñoz			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31575186	EDAD	
DOMICILIO	Cra 16 # 4 A 52 BARRIO			N° DE TELÉFONO Fijo - MÓVIL	313091492	COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?		NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒	FELINO				
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	UVIENDA
Neg-a		20 08 24	Centro de Zoonosis			

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
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 corrige dirección
Responsable del canino manifiesta no contar con tiempo para realizar la visita técnica
11/07/25

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 mordedizo	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se dejó al animal solo que el responsable acude 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 olente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

SGSET Victor Gutierrez R.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMD501.03.11.P003.F005

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	07	MES	07	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2757	SEM	17
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	30	MES	06	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	IPS Comfandi		

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Karen Yulethnev Diaz Villa				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1130638292	EDAD	37 A
DOMICILIO	Cra 25A Bis # 124-31	BARRIO	Desarrol	N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL	315 764 8407	COMUNA	21	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Yaritza Diaz				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	CH 83 # 2A-06	BARRIO	Floralia	N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL	315 9762551	COMUNA	6	

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	09 07 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Yaritza	Yaritza Diaz
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:

Responsable del canino manifiesta que tiene plan vacunal vigente, pero al momento de la visita no se logra confirmar, Tampoco envían información digital

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

SGRIZ - Victor Gutierrez R.