

 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		001													
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS DÍA: 21 MES: 01 AÑO: 2026		FECHA ACCIDENTE RÁBICO DÍA: 17 MES: 01 AÑO: 2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 274 50m 2. UPGD QUE REPORTA EM1																									
A. DATOS DEL AFECTADO																													
NOMBRE Y APELLIDOS Nelly Patina de Ronjifo										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 38970737				EDAD 83															
DOMICILIO AUSAN 18NS9										BARRIO Versalles				N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL 3113623257				COMUNA 2.											
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																													
NOMBRE Y APELLIDOS Nelly Patino de Ronjifo										N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 38970737				EDAD 83															
DOMICILIO AUSAN 18NS9										BARRIO Versalles				N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL 3113623257				COMUNA 2.											
C. DATOS DEL ANIMAL																													
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD															
CANINO <input type="checkbox"/> FELINO <input checked="" type="checkbox"/>				Rufu Ronjifo				COCKER.				MACHO <input checked="" type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>		64.															
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
Dorado		C X		15 01 26		Rabican Ruc 260								X															
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																													
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA			
1																													
2																													
3																													
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN				MALOS OLORES				SI NO		HECES				SI NO		ORINA				SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: : 28 Enero 26: Afectada estaba acariaciando al canino y esto la agre																		RECIBIDO Edificio Puma de Nallo 27 ENE 2026 Procedido											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS																													
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																													
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																													
1. Animal sano vacunado				5. Animal sacrificado				11. Agresión por mordelago				15. Mejor de edad en vida																	
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																	
Grupo salud y ambiente de enfermedades zoonóticas Carlos Guzman - Técnico contratista.																													

 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	21	MES	01	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		273 Sum 2.																					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	13	MES	01	AÑO	2026.	UPGD QUE REPORTA		clinica Remedios																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS							Diego Alejandro Bustos Dias.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1001187965																		
DOMICILIO							TV 87C Nsa 34				BARRIO		sta monica																		
											N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		3027179090																		
EDAD							22 A																								
COMUNA							2.																								
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS							NR				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NR																		
DOMICILIO							NR				BARRIO		NR																		
											N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		NR																		
EDAD							NR																								
COMUNA							NR.																								
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD																			
CANINO	<input checked="" type="checkbox"/>	FELINO	<input type="checkbox"/>	NR				N		MACHO		<input type="checkbox"/>																			
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA																			
				DÍA MES AÑO								ANTEJARDÍN																			
												<input checked="" type="checkbox"/>																			
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						
	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		HEGES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:		No provocado					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:				28 Enero 26 = Afectado iba pasando y canino lo agredió muslo izquierdo sin causa aparente, en tratamiento profilaxis antirrábica.																											
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 elección para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable				<input checked="" type="checkbox"/>				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				<input checked="" type="checkbox"/>			
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																															
Grupo salud y ambiente de enfermedades zoonóticas																															
Carlos Guzman - Técnico - contratista																															

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				MMD/S01.03.11.P003.F006			
								VERSIÓN		001	

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	21	MES	01	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		272	Sum 2.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	11	MES	01	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA:		Clínica Imbanaco.	

A. DATOS DEL AFECTADO													
NOMBRE Y APELLIDOS						Joaquin Salazar Aranda.			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1109939156		
DOMICILIO						AUS 58 N 67.			BARRIO		Flora.		
									N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3182533084		
									EDAD		4		
									COMUNA		2		

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL													
NOMBRE Y APELLIDOS						Andrus prudo			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
DOMICILIO						Kr 68 sur 25			BARRIO		Boga.		
									N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3155006424		
									EDAD				
									COMUNA				

C. DATOS DEL ANIMAL											
ESPECIE		OTRO CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	<input checked="" type="checkbox"/>	FELINO		NR		NR		ME.		11A.	
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL	

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	
	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:																									
26 Enero 2026 otros municipios.																									

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 murciélago						16. Menor de edad en vivienda							
2. Animal sano no vacunado						7. Animal muerto						12. El responsable del animal no se encontraba en casa						17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable						8. Animal no estaba en casa						13. Dirección errada						18. Agresión por roedor							
4. Animal con síntomas de 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 frente a perro o gato (detallar)						15. Teléfono fuera de servicio						20. Notificación inmediata a UPGD							

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																									
Grupo salud y ambiente de enfermedades zoonóticas Carlos Guzman - Técnico contratista																									

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01.03.11.P003.F006													
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO														VERSIÓN		001											
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	21	MES	01	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		269	Som 1																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	10	MES	01	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA		C. Versalles																	
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Eduardo Gregorio calvo Delgado					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		79846045		EDAD		52														
DOMICILIO		c/54 Nta 8440					BARRIO		Bosque		N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL		3243444404														
COMUNA		2																									
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Eduardo Gregorio calvo Delgado					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		79846045		EDAD		52														
DOMICILIO		c/54 Nta 8440					BARRIO		Bosque		N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL		3243444404														
COMUNA		2																									
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD															
CANINO		<input checked="" type="checkbox"/> FELINO		Dayac				3. beriano		MACHO		<input checked="" type="checkbox"/> HEMBRA															
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACINADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA															
cafe.		G H F		DIA MES AÑO								<input checked="" type="checkbox"/>															
ANTEJARDIN		CALLEJERO																									
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																											
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BARRIDO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANÍFESTA 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:				<p>28 Enero 2026 Afectada fue a separar una paluca de caninos y Resulto agredido mano derecha.</p> <p>edificio de apartamentos</p> <p>8.44N 76.53W</p>																							
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				15. Menor de edad en vivienda															
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor															
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico															
5. Animal con enfermedad diferente a...				10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
Grupo salud y ambiente de enfermedades zoonóticas.																											
Carlos Guzman - Tecnico contratista.																											

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMS01 03.11 P003 F006												
														VERSIÓN		001										
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 21	MES: 01	AÑO: 2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°: 268		Som 2																			
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 17	MES: 01	AÑO: 2026	UPGD QUE REPORTA:		175. chipichape sura																			
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS: Alvaro Jose Manzano Peraza.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6254174				EDAD: 43																		
DOMICILIO: cl 70 3-80				BARRIO: Arboledas				N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL: 3160265176				COMUNA: 2														
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS: Alvaro Jose Manzano Peraza.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6254174				EDAD: 43																		
DOMICILIO: cl 70 3-80				BARRIO: Arboleda				N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL: 3160265176				COMUNA: 2														
C. DATOS DEL ANIMAL																										
ESPECIE:		OTRO-CUAL?		NOMBRE:				RAZA:				SEXO:		EDAD:												
CANINO: <input checked="" type="checkbox"/> FELINO: <input type="checkbox"/>												MACHO: <input type="checkbox"/> HEMBRA: <input type="checkbox"/>														
COLOR:		TAMAÑO:		FECHA VAC. ANTIRÁBICA:		VACUNADO POR:		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:		PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA:		ANTEJARDÍN:		CALLEJERO:										
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANÍBULA 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: 23-26 enero 26 = no atiende llamada 28 enero 26 = se realiza visita edificio Barcelona, - no contesta llamada. 3.45N. 76.55W																										
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 muerfago				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																										
Carlos Guzman, Técnico - contratista Grupo salud y ambiente enfermedades zoonóticas														2026 ENE. 2-8 RECIBIDO PORTERIA FIRMA: _____ HORA: _____												



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

901

FECHA REPORTE EN CENTRO
DE ZOONOSIS

DÍA: 21

MESES: 01

AÑO: 2026.

FECHA ACCIDENTE RÁBICO:

DÍA: 12

MESES: 01

AÑO: 2026.

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

267

UPGD QUE REPORTA

Sam 2.
Ese ladara siloe.

NOMBRE Y APELLIDOS

Michal Amparo Lopez Mejia.

A. DATOS DEL AFECTADO

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1165378317

EDAD

15

DOMICILIO

Ciza besta 6'48.

BARRIO

T Colorado

N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL

3025901390

COMUNA

1

NOMBRE Y APELLIDOS

NR

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

NR.

EDAD

NR.

DOMICILIO

NR

BARRIO

N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL

NR.

COMUNA

NR.

ESPECIE

OTRO-CUAL?

C. DATOS DEL ANIMAL

CAMINO

X FELINO

OTRO-CUAL?

NOMBRE

NR.

RAZA

NR.

SEXO

NR.

COLOR

NR.

TAMAÑO

FECHA VAC. ANTIRRÁBICA

NR.

VACUNADO POR

NR.

N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL

PERMANENCIA DEL ANIMAL

VIVIENDA

NR.

ANTEJARDIN

NR.

CALLEJERO

NR.

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

E. CONDICIONES SANITARIAS

SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN

MALOS OLORES

SI NO

NECES

SI NO

ORINA

SI NO

F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

26 Enero 26: Telefono ocupado

28 Enero 26: Div. errada - Tel ocupado

3.45N 76.58W.

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS

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

BUENA

ACEPTABLE

INADECUADA

1. Animal sano vacunado

6. Animal sacrificado

11. Agresión por mordicaje

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 alistar 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

Grupo salud y ambiente enfermedades zoonóticas
Carlos Guzman - Contratista.

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				MMSD1.03.11.P003.F006					
								VERSIÓN		REI			
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 21	MES: 01	AÑO: 2026.	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 266. Sam 1		UPGD QUE REPORTA: ESTE SÍLOE.						
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 6	MES: 01	AÑO: 2026.									
A. DATOS DEL AFECTADO													
NOMBRE Y APELLIDOS Yerson David Valencia Quintana					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1193073994		EDAD 23.						
DOMICILIO AUCO 70 Ap 202. BARRIO T colorado					N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL 3207503444		COMUNA 1						
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL													
NOMBRE Y APELLIDOS NR.					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD NR		EDAD NR.						
DOMICILIO NR					N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL NR		COMUNA NR.						
C. DATOS DEL ANIMAL													
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE NR		RAZA NR		SEXO		EDAD NR			
CANINO X FELINO									MACHO	HEMERA	EDAD NR		
COLOR NR.	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA NR	ANTEJARDÍN NR	CALLEJERO NR.	
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA													
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANCHULA SUELTA	FEROCIDAD INSTIGADA	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:					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 22 Enero/26 : Direccion errada - Telefono Apagado. 26 Enero/26 : Tel apagado.													
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 placón para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable X		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													
Grupo salud. y ambiente enfermedades zoonóticas. Carlos Guzman - Contratista.													

 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		ISSI									
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	21	MES	01	AÑO	2026				FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		265 Sem 2.												
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	13	MES	01	AÑO	2026				UPGD QUE REPORTA		ES6 Siloe.												
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS		Victor Manuel Marquez Sarmiento					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Von 2479661				EDAD		9										
DOMICILIO		AU 8 18-020 Barrio Aguacatal.					N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3112776796.				COMUNA		1										
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																									
NOMBRE Y APELLIDOS		NR					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NR				EDAD		NR										
DOMICILIO		NR					N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		NR				COMUNA		NR										
C. DATOS DEL ANIMAL																									
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD													
CANINO	<input checked="" type="checkbox"/>	FELINO	<input type="checkbox"/>	NR				NR		MACHO	<input type="checkbox"/>	HEMERA	<input type="checkbox"/>	NR											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTERRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO									
NR		NR		NR		NR		NR.		NR		NR		NR		NR									
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BASEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INSTADA		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: 26-enero 2026 : Dir. errada. - Tel correo de voz.																* Sonia Díaz informa que fueron inquilinas, pero ya no viven en la dirección del reporte.									
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 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 dejó citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																			
3. Animal no observable		8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor																			
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antirábico																			
5. Animal con enfermedad diferente a		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																									
Grupo salud y ambiente. enfermedades zoonóticas Carlos Guzman - Contratista																									

 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	21	MES	01	AÑO	2026.	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		264	Som 1
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	9	MES	01	AÑO	2026.	UPGD QUE REPORTA		H.U.V	

A. DATOS DEL AFFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS				Franz Robinson Madrid Acero.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				94510915				EDAD		48 -							
DOMICILIO				AU4 150 19-360				BARRIO				Agua Caliente				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil				3108214077		COMUNA		1	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				Desconocido				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				NR				EDAD		NR							
DOMICILIO				NR				BARRIO				NR				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil				NR		COMUNA		NR	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD					
CANINO	<input checked="" type="checkbox"/> FELINO			NR		NR		MACHO		HEMBRA		NR			
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO	
NR				NR		NR				NR		NR		NR	

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	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:

26 Enero 26: Afectado presenta problema psiquiátricos, se encuentra recluido en el hospital, informa al hermano **ARCESIO** Madrid, desconoce el caso de la mordedura

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		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	<input checked="" type="checkbox"/>	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

Grupo salud y ambiente enfermedades zoonóticas
 Carlos Gueman - contratista.

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

Página 1 de 1

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMOS01.03.11.P003.F006													
														VERSIÓN		001											
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	21	MES	01	AÑO	2026.	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		263 Sam Z.																	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	15	MES	01	AÑO	2026.	UPGD QUE REPORTA:		clinica Dosa.																	
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS								Dayana Lizetop. Rojas Ponce.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Vons440933		EDAD		34									
DOMICILIO								V40 16-11				BARRIO		T. colorado		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		31848229257		COMUNA		I					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS								Elizabeth Rojas				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD											
DOMICILIO								V40 16-11				BARRIO		T. colorado		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		31551854603		COMUNA		I					
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD													
CANINO <input checked="" type="checkbox"/> FELINO <input type="checkbox"/>				Bruno				m z.				MACHO <input checked="" type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>		8m													
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
Negro		X										X															
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	
		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: 28 enero 26. Afectada fue a quitarle la correa al canino y este lo agredió mano derecha, dedo índice. Afectada indica que todos trabajan 12 horas y no pueden atender la visita. Dirección errada.																				* BETA ↑ TOMA BETA C. 1.4.8 108.861							
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 cación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable		X		8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por mordor															
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico															
5. Animal con enfermedad diferente a				10. Animal agresor diferente a perro o gato (catalar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
Grupo salud y ambiente enfermedades zoonóticas. Carlos Guzman - contratista.																											