
 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		DIÁ	27	MES	01	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		445		Som 4.					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DIÁ	27	MES	01	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA		Salud Total							
A. DATOS DEL AFECTADO																	
NOMBRE Y APELLIDOS		Luis Eduardo Viveros Molacio					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1059909093		EDAD		35 A				
DOMICILIO		Dg 26 I 80 25			BARRIO		Murroquin		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3167952324		COMUNA	14			
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																	
NOMBRE Y APELLIDOS		Luz Maria - Rocio Escobar.					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30735140		EDAD		58				
DOMICILIO		cl62 4A 06			BARRIO		Calima		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3064077324		COMUNA	4			
C. DATOS DEL ANIMAL																	
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD					
CANINO <input checked="" type="checkbox"/> FELINO <input type="checkbox"/>				Sheila				m z -		MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input checked="" type="checkbox"/>		7A					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA					
Café		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				
1	28 1 26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doris Dora Esab					
2																	
3																	
E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN		MALOS OLORES		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HEGES		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No Provocado					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 28 enero 26 : Afectado se acercó a la reja y canino lo agredió en la mano. Vacuna antirrábica vencida.																	
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS								BUENA <input checked="" type="checkbox"/>		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 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		8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor											
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento antibiótico											
5. Animal con enfermedad diferente a (detallar)		10. Animal agresor frente a perro o gato		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										MMDS01.03.11.P003.F006												
														VERSIÓN		901										
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	26	MES	01	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		347		Sam 4														
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	22	MES	01	AÑO	2026	URGO QUE REPORTA		503																
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS							Juan Sebastian Duran			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1113759041														
DOMICILIO							c133A 2c85			BARRIO		Porvenir														
							N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL			3217180757		COMUNA														
										EDAD		13														
										COMUNA		4														
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS							NR			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NR														
DOMICILIO							NR			BARRIO		NR														
							N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL			NR		NR														
										EDAD		NR														
										COMUNA		NR														
C. DATOS DEL ANIMAL																										
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD																
CANINO	<input checked="" type="checkbox"/>	FELINO		NR		NR		MACHO		HEMERA		NR														
COLOR	TAMANO		FECHA VAC. ANTIRRABICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDIN													
NR					NR		NR																			
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACION		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACION		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANÍFESTACIÓN 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: 27 enero 26: Casa inquilinato, No conocen al 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 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 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 zoonosis. 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°	286 Sam 2
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 13	MES: 01	AÑO: 2026	UPGO QUE REPORTA	Nuestra Señora Remedios

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Diana Lorena Sanchez Cuellar	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1117512274	EDAD	36
DOMICILIO	cl61A 3-17	BARRIO	V. del Prado	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	31802717344
				COMUNA	5

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	NR.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NR	EDAD	NR
DOMICILIO	NR	BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	NR
				COMUNA	NR.

C. DATOS DEL ANIMAL

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

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 QUIÉN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIÉN 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:

20 Enero 26: Casa cerrada, no atiende llamada. * Narsly Castro ipiso-Vecina.

26 Enero 26: Casa cerrada, no atiende llamada.

26 Enero 26: Afectada fue a bajar felino que estaba en su moto y este la agredió mano izquierda. Recibí orden para esquema de vacunación no ha ido. * Diana Sanchez


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


I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD


Grupo salud y ambiente de enfermedades zoonóticas	Carlos Guzman - contratista.
---	------------------------------

 ALCALÍA 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°:		285 Sem 2.																		
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 17		MES: 01		AÑO: 2026		UPGD QUE REPORTA:		Suru Pasos ancho																		
A. DATOS DEL AFECTADO																												
NOMBRE Y APELLIDOS: Stephania Rojas Guzman								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1144209764				EDAD: 26																
DOMICILIO: cl43B 33C51								BARRIO: Andes				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3156213518				COMUNA: 5												
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																												
NOMBRE Y APELLIDOS: Yuri Vargas Gonzalez								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1130673749				EDAD: 38																
DOMICILIO: Kr2 59 Esquina								BARRIO:				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3202899073				COMUNA: 5												
C. DATOS DEL ANIMAL																												
ESPECIE:		OTRO-CUAL?		NOMBRE: 1Kdr.				RAZA: mz.				SEXO:		EDAD:														
CANINO <input checked="" type="checkbox"/> FELINO <input type="checkbox"/>												MACHO <input checked="" type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>		34														
COLOR: Grato Blanco		TAMAÑO: <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA:		VACUNADO POR:		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:		PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA: <input checked="" type="checkbox"/>		ANTEJARDIN:		CALLEJERO:												
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																												
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BASEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1	23	01	26		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓					
2	26	01	26		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓					
3																												
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERIÓDICO		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN: No Provocado				
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 23 enero/26: Afectada estaba recogiendo una pelota en la calle y canino la agredió sin causa aparente. brazo derecho y Muslo derecho. Agresión múltiple.																												
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 mucótilago				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 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																												
Grupo salud y ambiente de enfermedades zoonóticas. Carlos Guzman - Técnico - Contratista.																												

 ALCALDIA 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°: 284		Semana 1										
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 6	MES: 01	AÑO: 2026	UPGD QUE REPORTA: clinica Versailles												
A. DATOS DEL AFECTADO																	
NOMBRE Y APELLIDOS: Valery Godoy Rios.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1111482330				EDAD: 17									
DOMICILIO: cl62 bis. 302 - 12.				BARRIO: Chiminangos I				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 3170913335				COMUNA: 5					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																	
NOMBRE Y APELLIDOS: NR				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: NR				RAZA: NR				SEXO:		EDAD:			
CANINO <input checked="" type="checkbox"/>	FELINO <input type="checkbox"/>											MACHO <input type="checkbox"/>	HEMBRA <input type="checkbox"/>	NR			
COLOR: NR	TAMAÑO:	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA:		VACUNADO POR: NR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL: NR				PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA:	ANTEJARDIN:	CALLEJERO:			
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																	
VISTA:	FECHA DE OBSERVACIÓN:	PÉRDIDA DE APETITO:	INCOORDINACIÓN:	DIFICULTAD RESPIRATORIA:	BASEO:	DIFICULTAD PARA TRAGAR:	NERVIOSIDAD:	MANDÍBULA SUELTA:	FEROCIDAD INUSITADA:	PARÁLISIS POSTERIOR:	SACRIFICADO O MUERTO:	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA 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: 23 enero/26: Direccion errada, No contesta llamada. 28 enero/26: No atiende llamada.																	
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 muerlagato		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 antirábico											
5. Animal con enfermedad diferente a		10. Animal agresor frente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio		20. Notificación inmediata a UPGD											
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																	
Grupo salud y ambiente de enfermedades zoonóticas Carlos Guzman - Tecnico - contratista																	

 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	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				283 Sem 2																											
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	14	MES	01	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA				clinica Versalles.																											
A. DATOS DEL AFECTADO																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								Mia. Isabella. callo Varela.								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1191223128		EDAD		6																	
DOMICILIO								Cra 1dbis. 62A38.								BARRIO		Guayacanes.		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		3117296793		COMUNA		5													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								NR								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NR		EDAD		NR																	
DOMICILIO								NR								BARRIO		NR.		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		NR.																	
C. DATOS DEL ANIMAL																																							
ESPECIE				OTRO-CUAL?				NOMBRE				NR				RAZA				NR				SEXO				EDAD											
CANINO		<input checked="" type="checkbox"/>		FELINO		<input type="checkbox"/>														MACHO		<input type="checkbox"/>		HEMERA		<input type="checkbox"/>													
COLOR		NR		TAMAÑO				FECHA VAC. ANTIRÁBICA				VACUNADO POR		NR		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 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 PERCIEN				MALOS OLORES				SI NO		HÉCES				SI NO		ORINA				SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:													
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																																							
23 Enero 2026: Casa cerrada - Tol cerrado																																							
28 Enero 2026: Tol cerrada.																																							
3.47N. 76.49W																																							
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS																																							
BUENA																																							
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																																							
1. Animal sano vacunado				5. Animal sacrificado				11. Agresión por muerdizaga				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 oración para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis.																											
3. Animal no observable				X 8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				X 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 difente a perro o gato (bitallar)				15. Teléfono fuera de servicio				X 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										MMDS01.03.11.P003.F008													
														VERSIÓN		001											
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	21	MES	01	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		280 Sem 2.																	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	17	MES	01	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA:		Clinica Virrey Solis.																	
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS								Laura Erida Insignares castro				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		66950047		EDAD		52									
DOMICILIO								0146 7BW 15				BARRIO		Popular.		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		3224406323.		COMUNA		4					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS								Desconocido				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		<input checked="" type="checkbox"/>		Negro				Mestizo				MACHO		<input checked="" type="checkbox"/> HEMBRA		4 años									
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÓN		CALLEJERO							
Negro		X																									
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	
1		23 01 2026		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		Laura Insignares		Laura Insignares	
2		26 01 2026		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
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: 23-Enero-2026: Afectado Puso al ^{felino} canino a la agresión por mordedura de perro, se observa el felino frente a la vivienda afectado alimenta al gatito.																											
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							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 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 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.F005																	
														VERSIÓN		001															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	21	MES	01	AÑO	2026				FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		279 Sam Z.																		
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	15	MES	01	AÑO	2026				UPOD QUE REPORTA:		Hospital Joaquín Paz Borrero																		
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Evangelin Yolie Timore Delaroz						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1139838255				EDAD		2													
DOMICILIO		Cr36 Sector 6 casa 10						BARRIO		Manzanarez				N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL				3136389231				COMUNA		4							
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Sidairo.						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD								EDAD															
DOMICILIO		Cr36 sector 6 casa 10						BARRIO						N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL				COMUNA													
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD															
CANINO		<input checked="" type="checkbox"/> FELINO														MACHO				HEMERA											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL				VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO											
D. VALORACIÓN SINDROLÓGICA																															
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		SABED		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA					
1																															
2																															
3																															
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIEN		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:							
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 24 enero 2026: Direccion errada - Tel fuera de servicio otro municipio																															
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 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 citacion para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable								8. Animal no estaba en casa								13. Direccion errada				X				18. Agresión por roedor							
4. Animal con sintomas 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 difente 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																															
Grupo salud y ambiente de enfermedades zoonoticas														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

MMDS01 03.11 P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 2	MES: 01	AÑO: 2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	277	Sim 1
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 10	MES: 01	AÑO: 2026	UPGD QUE REPORTA	clínica Versalles	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Arbey Royotoka Robegutofe.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1193603923	EDAD	25
DOMICILIO	Cr33E 05 33D	BARRIO	Salomia.	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3135056402.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Laura Arias.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1005479948	EDAD	22
DOMICILIO	Condominio San Francisco 350d.	BARRIO	Salomia	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3135077508.

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO <input checked="" type="checkbox"/> FELINO <input type="checkbox"/>		Mulo	m2	MACHO <input checked="" type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>	5a
COLOR	TAMÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Cafe	X	26 01 26.	EE - Carlos Guzman		VIVIENDA <input checked="" type="checkbox"/> ANTEJARDIN <input type="checkbox"/> CALLEJERO <input 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
1	22 01 26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Laura Arias	Laura Arias
2	26 01 26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Laura Arias	Laura Arias
3	27 01 26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Laura Arias	Laura Arias

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI <input checked="" type="checkbox"/>	HECES	SI <input checked="" type="checkbox"/>	ORINA	SI <input checked="" type="checkbox"/>	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	No Provocado
---------------------------	-----------------------------	--------------	--	-------	--	-------	--	---------------------------	--------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

22 enero 26. : Afectado iba pasando, canino se solto y lo agredio brazo izquierdo. sin causa


RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS	BUENA <input checked="" type="checkbox"/>	ACEPTABLE	INADECUADA
---	---	-----------	------------

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

1. Animal sano vacunado	X.	5. Animal sacrificado	11. Agresión por mucilago	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 ctecion 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 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

Grupo salud y ambiente Carlos E. Guzman Tvc. area de salud.
de enfermedades zoonotras

 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	21	MES	01	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		278 sum 3.																					
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	18	MES	01	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA		Sura Pasoancho																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS								Juan Diego Rosero Echaverry				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1110296886		EDAD		17													
DOMICILIO								Cr 4C 36-42				BARRIO		Peruvenir		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		3042580944		COMUNA		4									
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS								Carlos Cardona				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		16746699		EDAD		58													
DOMICILIO								Cr 4C 36 49				BARRIO				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		3136461329		COMUNA		4									
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																	
CAMINO	<input checked="" type="checkbox"/> FELINO			SKY				mz				MACHO <input checked="" type="checkbox"/> HEMBRA		2A																	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO													
Barcino	X	22 01 2026		MV. Sofia Osorio				TP. 45386						X																	
Blanco																															
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	23	1	26																					Duby Jimenez		08938340					
2	26	1	26																					Duby Jimenez							
3	29	1	26																					Duby Jimenez							
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 enero 2026: Responsable del canino lo estaba bañando en la calle, Afectado paso cerca al sitio y canino lo agredió en el brazo derecho.																															
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				X				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 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 antibiótico							
5. Animal con enfermedad diferente a								10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)								15. Teléfono fuera de servicio								20. Notificación inmediata a UPGD							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
Grupo Salud y ambiente Carlos Cruzman Técnico - contratista de enfermedades zoonóticas.																															



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

101

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	21	MES	01	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	275	sem 2.
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	11	MES	01	AÑO	2026	UPOO QUE REPORTA:	Virroy Solis Versallias.	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Luisa Fernanda Maya Mestizo			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1143877624	EDAD	26 A	
DOMICILIO	clso 1-15		BARRIO	Donon	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3043955507	COMUNA	3.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	NR			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NR	EDAD	NR	
DOMICILIO	NR		BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	NR	COMUNA	NR.

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		DTRD-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	FELINO	Murciélago.		NR		NR		MACHO	HEMBRA	NR.	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	ANTEJARDIN
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	
	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:
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

28 Enero 2026: No atiende llamada.

28 Enero 2026: No atiende llamada.

28 Enero 2026: Afectada Recibio tratamiento profilaxis antirabica, via celular
otro municipio.

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	X	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	X	20. Notificación inmediata a UPOO

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo salud y ambiente Carlos Guzman tecnico.- contratista.
de enfermedades zoonoticas