



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: 10	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4472 sem 42
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 14	MES: 10	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	Clinica nueva

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Seidy Steve Romero Garcia	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1111568243	EDAD	9
DOMICILIO	Cra 2804 #1226-04	BARRIO	Potrero grande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	313 528 4243
				COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Vanessa Garcia	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 2804 #1226-04	BARRIO	Potrero grande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	313 528 4243
				COMUNA	21

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: no se logro contactar responsable del felino 07/11/25
12/11/25 se intento contactar responsable del felino, pero no se obtuvo respuesta
Zona de alto Riesgo

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 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 Ambiente y salud
Victor Gutierrez



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.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	30	MES	10	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4658
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	29	MES	10	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA:	Clinica Club Noel

A. DATOS DEL AFECTADO			
NOMBRE Y APELLIDOS	Liam David Paredes morates	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1104845736
DOMICILIO	CL 33H# 10-04	BARRIO	Industrial
		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	322 3906684
		EDAD	6
		COMUNA	3

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL			
NOMBRE Y APELLIDOS	Germán Paredes	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DOMICILIO	CL 33H# 10-04	BARRIO	
		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	322 3906684
		EDAD	
		COMUNA	3

C. DATOS DEL ANIMAL											
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	FELINO							MACHO	HEMERA		
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDÍN	CALLEJERO			
gris											

D. VALORACIÓN SIOLOGÍA																							
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA										
1	14 11 25	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Germán	[Firma]										
2	16 11 25	-	<	<	<	<	<	<	<	<	<		[Firma]										
3																							

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Agresión por manipular el felino felino iniciando esquema de vacunación

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

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y salud
Victor Gutierrez



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

04

MES

11

AÑO

2025

FECHA ACCIDENTE RÁBICO

DÍA

27

MES

10

AÑO

2020

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

4738

Sem 44

UPGD QUE REPORTA

Virrey Solís

NOMBRE Y APELLIDOS

Foraida Jimenez Arias

A. DATOS DEL AFFECTADO

DOMICILIO

Cra 13 # 92 A 82

BARRIO

Siete de agosto

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

66813215

EDAD

55

N° DE TELEFONO Fijo / Móvil

3160837083

COMUNA

7

NOMBRE Y APELLIDOS

Foraida Jimenez Arias

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

DOMICILIO

Cra 13 # 92 A 82

BARRIO

Siete de agosto

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

3160837083

EDAD

7

N° DE TELEFONO Fijo / Móvil

3160837083

COMUNA

7

ESPECIE

OTRO-CUAL?

C. DATOS DEL ANIMAL

CANINO

☒ FELINO

NOMBRE

Tharus

RAZA

Mé

SEXO

MACHO

☒ HEMBRA

EDAD

5A

COLOR

Cafo

TAMARO

2

FECHA VAC. ANTIRRABICA

11

11

25

VACUNADO POR

Centro de Zoonosis Victor G

N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL

PERMANENCIA DEL ANIMAL

VIVIENDA

ANTEJARDIN

CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA

FECHA DE OBSERVACIÓN

PERÍODO DE APETITO

COORDINACIÓN

OPICULTAD RESPIRATORIA

BABEO

OPICULTAD PARA TRAGAR

NERVIOSIDAD

MANDÍBULA SUELTA

FEROCIDAD INUSITADA

PARÁLISIS POSTERIOR

SACRIFICADO O MUERTO

NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA

FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA

DÍA

MES

AÑO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

1

05

11

25

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

2

05

11

25

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

3

11

11

25

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

E. CONDICIONES SANITARIAS

SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:

MALOS OLORES

SI

NO

HECES

SI

NO

ORINA

SI

NO

F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Agresión por manipular canino en separación de pelea entre caninos

David Jimenez

Provocado

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS

BUENA

ACEPTABLE

INADECUADA

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

1. Animal sano vacunado

☒

6. Animal sacrificado

2. Animal sano no vacunado

☐

7. Animal muerto

3. Animal no observable

☐

8. Animal no estaba en casa

4. Animal con síntomas de rabia

☐

9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis

5. Animal con enfermedad diferente a

☐

10. Animal agresor frente 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 dejó citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis

☐

18. Agresión por roedor

☐

19. Paciente en tratamiento antibiótico

☐

20. Notificación inmediata a UPGD

☐

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y Salud
Victor Gutierrez



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: 04	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4740 sem 44
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 27	MES: 10	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	Sura Pasdanehe

A. DATOS DEL AFECTADO							
NOMBRE Y APELLIDOS	Lisbeth Ixeth Medina Guinonet		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1122337409	EDAD	19	
DOMICILIO	11 70 # 28 G - 84	BARRIO	Julio Rincon	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3182646110	COMUNA	12

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL							
NOMBRE Y APELLIDOS	Cliente de la veterinaria		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	☒							
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDIN	CALLEJERO	

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																	
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	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:	Provocado
---------------------------	--	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:													
Afectada manifiesta que la agresión ocurre al momento de manipular el felino en un Procedimiento Clínico, igualmente indica que era un paciente posiblemente callejero *Indica que no recibió tratamiento antirrábico y la vacunación preexposición fue hace varios años 18/11/25 *No confirma datos del propietario y/o del felino *Aun no inicia tratamiento A. por ALI													

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

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)						
1. Animal sano vacunado	2. Animal sano no vacunado	3. Animal no observable	4. Animal con síntomas de rabia	5. Animal con enfermedad diferente a	6. Animal sacrificado	7. Animal muerto
		☒				
8. Animal no estaba en casa	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	10. Animal agresor frente a perro o gato (detallar)	11. Agresión por murciélago	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	13. Dirección errada	14. Teléfono errado
			15. Teléfono fuera de servicio	16. Menor de edad en vivienda	17. Se dejó citación 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						
---	--	--	--	--	--	--

Grupo Ambiente y Salud
Vestel Gutierrez

 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: 04 MES: 11 AÑO: 2025		FECHA ACCIDENTE RÁBICO: DÍA: 02 MES: 11 AÑO: 2025		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°: 4743 sem 45 UPGO QUE REPORTA: Unidad de urgencias																							
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS: Juan Jose Cardona Paniagua				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1111698858				EDAD: 8																			
DOMICILIO: Cra 24E # 82-36				BARRIO: Vallegrande				N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 3226254111				COMUNA: 21															
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS: John Cardona				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				EDAD:																			
DOMICILIO: IDÉM				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. ANTIRÁBICA:		VACUNADO POR:		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:		PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA:		ANTEJARDÍN:													
G: ☐		H: ☐		DIA:		MES:		AÑO:																			
D. VALORACIÓN SINDROLÓGICA																											
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: NO se logra ubicar la dirección suministrada, se intentó contactar en múltiples ocasiones al afectado y/o acudiente, pero no responden 11/11/25																											
02/11/25 GR 3.435885, 76.471273																											
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 muerdago				16. Menor de edad en vivienda															
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja 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 reedor															
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 UPGO															
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																											
Grupo Ambiente y Salud Victor Gutierrez																											



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMOS01 03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 04	MES: 11	AÑO: 2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4744 ser 40	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 03	MES: 10	AÑO: 2015	UPGD QUE REPORTA:		Surra Pasosanche	

A. DATOS DEL AFECTADO			
NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Fernanda Galvez Betancurt	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1144198584
DOMICILIO	CL 94C# 22-11	BARRIO	Ciudad Talanga
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3136321376	EDAD	28
COMUNA	21		

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL			
NOMBRE Y APELLIDOS	(Amiga) Maria Fernanda Galvez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DOMICILIO	CL 94C# 22-11	BARRIO	Ciudad Talanga
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3136321376	EDAD	21
COMUNA	21		

C. DATOS DEL ANIMAL			
ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA
CANINO ☒ FELINO ☐			
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR
C M F		Día MES AÑO	
N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA
			ANTEJARDÍN CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																											
VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BAREO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																											
2																											
3																											

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Se contacto propietario en multiples ocasiones vía telefonica solicitandole el plan sanitario e informacion del canino agresor, pero no envia informacion, al momento de realizar la visita quien atiende es una menor de edad.

10/11/2015 3.435246, 76.464206

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y salud
Victor Botierret

 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	64	MES	11	AÑO	2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4745 Sem 43
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	19	MES	10	AÑO	2015	UPGD QUE REPORTA		Unidad de urgencias

A. DATOS DEL AFECTADO														
NOMBRE Y APELLIDOS						Luz Karine Guevara villada			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	67032052	EDAD	39		
DOMICILIO						Cll 120 # 24A 09			BARRIO	Compartir	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3137659527	COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL															
NOMBRE Y APELLIDOS						Desconocido			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD		
DOMICILIO									BARRIO	Compartir	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL			COMUNA	21

C. DATOS DEL ANIMAL														
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD		
CANINO	☐	FELINO	☒							MACHO	☐	HEMERA	☐	
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		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		SABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDIBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	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:		Agresión por manipular el felino que se encontraba por el sector donde vive la persona afectada 10/11/15 Termino tratamiento Antirrábico con 4 dosis																	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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									
Grupo Ambiente y salud Victor Gutierrez									



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMS001.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 04	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4746 Sem 44
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 29	MES: 10	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	Cs Decepar

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Ana Dely Prado Castillo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	34310942	EDAD	62
DOMICILIO	cra 25A # 123-45	BARRIO	Decepar	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	302 816 2348
				COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	cra 25A # 123-105	BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	
				COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Caba		MACHO ☒ HEMBRA ☐	24
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Cafe					VIVIENDA ☒ ANTEJARDÍN ☐ CALLEJERO ☐

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEL		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	10	11	25																						
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:

habitante de la vivienda donde se encuentra el canino indica que el propietario no se encuentra en casa, igualmente es reuente a atender la visita

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 maltrato	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 miedo
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 Ambiente y Salud
Victor Gutierrez R

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				MMDS01.03.11.P003.F006	
						VERSIÓN: 001			

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 05	MES: 11	AÑO: 2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°: 4768	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 04	MES: 11	AÑO: 2015	LUGAR QUE REPORTA: Clínica Nueva	

A. DATOS DEL AFECTADO						
NOMBRE Y APELLIDOS: Ingrid Julieth Olivas Ramirez				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1144738889		EDAD: 35
DOMICILIO: Cll 56 B # 26-21		BARRIO: Nueva Florencia		N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL: 3217946321		COMUNA: 12

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL						
NOMBRE Y APELLIDOS: Ingrid Olivas Ramirez				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		EDAD:
DOMICILIO: Cll 56 B # 26-21		BARRIO:		N° DE TELEFONO Fijo / MÓVIL:		COMUNA: 12

C. DATOS DEL ANIMAL						
ESPECIE: CANINO		OTRO-CUALT:		NOMBRE: Dante		RAZA: MZ
SEXO: MACHO		SEXO: HEMBRA		EDAD: 1 1/2 A		
COLOR: Negro	TAMAÑO:	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA:	VACUNADO POR:	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:	PERMANENCIA DEL ANIMAL:	VIVIENDA: <

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																									
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1	10	11	25	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
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: 10/11/15: se realiza observación del canino, pero la visita es atendida por menor de edad quien manifiesta que el propietario se encuentra de viaje. No se logra confirmar vacunación. Propietario no responde contactos telefónicos.

07/11/15 GR: 3.437732, -76.495155

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD	
Grupo Ambiente y salud Victor Gutierrez M	



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	04	MES	11	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4769	sema 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	04	MES	11	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA:	Clínica de los Remedios	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Arredilla Valencia Lea	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1079358552	EDAD	46
DOMICILIO	Cra 28 # 98-07	BARRIO	Alfonso Bonilla	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3161515909
				COMUNA	14

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 93 # 77 Bis 25	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	
				COMUNA	7

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO			MACHO	☒ HEMBRA
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRABICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
negro	2	19 11 25	Centro de Tomas		

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	19 11 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒		
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:	No Provocado
---------------------------	---------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	--------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Camino Comunitario, Aparente Condición de abandono la afectada pasaba por el sector cuando fue agredida

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 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 UPGO	

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y Salud
Victor Gutierrez



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	11	MES	11	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4381	SEM 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	09	MES	11	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Clínica Nueva	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan Felipe Perea Chicangana	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1110294566	EDAD	18
DOMICILIO	Cra 17C # 39-20	BARRIO	Santa Fe	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3168191042
				COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Natalia Orjuela	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 17C # 39-39	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3112785483
				COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	RABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
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: Se realizó acercamiento a la ubicación suministrada pero el responsable del canino no se encuentra en vivienda 15/11/25

19/11/25 3.442003 - 76:505577

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 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 Ambiente y Salud
Victor Gutierrez