



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°	4384 SEM 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	03	MES	11	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Virey Solis

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Ana Teofilde San Ramirez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31840543	EDAD	65
DOMICILIO	Cra 28C # 54-34	BARRIO	Sindical	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3148340847

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Lizeth Fernandez Galindo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 28C # 54-34	BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3148340847

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO ☒ FELINO ☐		Sassy	Cocker	MACHO ☐ HEMBRA ☒	3A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco		01 08 25	Particular		

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	12 11 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Ana T	Ana Teofilde San Ramirez
2	15 11 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	31840543	Ana Teofilde San Ramirez
3	18 11 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	31840543	Ana Teofilde San Ramirez

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

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

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

1. Animal sano vacunado	☒	6. Animal sacrificado		11. Agresión por mortiflago		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 D.



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°	4786 Sem 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 09	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	clinica club Noel

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Angel Joel Vidales Cedeno	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1026603649	EDAD	4
DOMICILIO	Cra 701# 84-53	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	COMUNA 7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Jose morano	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Sta de Salomina	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELEFONO FIJO / MOVIL	COMUNA 7

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Muteo	Collier	MACHO	9A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRABICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACION DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Amarrillo					

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACION			PERDIDA DE APETITO		INCOORDINACION		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEL		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	14	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:	provocado
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Agresión por manipular canino

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 mordedago	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 P.



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.F005

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 11	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4287 SCRA 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 08	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	H. Joaquín Pérez

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Dilan Andres navarro monroy	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9191701010	EDAD	8
DOMICILIO	Cra 7c Bis # 84-88	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3106761084
				COMUNA	7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Isabella monroy	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 7c Bis # 84-88	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3106761084
				COMUNA	7

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO ☒ FELINO ☐		Tasy	mz	MACHO ☒ HEMBRA ☐	4m
COLOR	TAMARO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Amarillo	-	14/11/25	Centro de Zoonosis Victor Zyl		
				VIVIENDA	ANTEJARDÍN
				☒	☐

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVICIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1	11/11/25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Diana	Diana Ximena M. S.
2	12/11/25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Diana	Diana Ximena M. S.
3	14/11/25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Diana	Diana Ximena M. S.

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

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

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

1. Animal sano vacunado	☒	6. Animal sacrificado		11. Agresión por mordelago		16. Menor de edad en vivienda	
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable		8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor	
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento 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 D.



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: 11	MES: 11	AÑO: 2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	U794 Sem 44
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 01	MES: 11	AÑO: 2015	UPGD QUE REPORTA:	Clarica versalles

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Hanna Isabella Tenorio meo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1105389953	EDAD	11
DOMICILIO	cra 21B #800-56	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	317 469 8359	COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Desconocido	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
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 al manipular el canino	15/11/25 no recibió tratamiento Antirrábico UP	Karen Gonzalez C 112960954
---------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------

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 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 reedor
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 P.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

NMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 11	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4811 Sem 4B
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 10	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	H. Joaquín Pat Barrero

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Elizabeth Plataz Forero	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31872514	EDAD	65
DOMICILIO	Cra 70 # 694-64	BAIRRO	Las Cerbas	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3008438691
				COMUNA	7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Elizabeth Plataz	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	3118418989	EDAD	
DOMICILIO	Cra 70 # 694-64	BAIRRO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3008438691
				COMUNA	7

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Rocky	M	MACHO	3A
COLOR	TAMANO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco		15 10 25	Francisco Arenas TP39001		
					VIVIENDA
					ANTEJARDÍN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	COORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABIDO	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	12 11 25											Juan Carlos	
2	13 11 25												
3	19 11 25												

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Agresión por manipular alimento del canino

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 UPGD
-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	------------------	-----------------------------	--	--	-----------------------------	--	----------------------	---------------------	--------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------	---	-----------------------------------

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y Salud
Victor Gutierrez



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CHILE

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: 11	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4812 Sem 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 09	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	CS Defecet

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Dominick Fernando Moreno Martinez			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1991 649973	EDAD	8
DOMICILIO	No aporta datos			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	322 612 4697	COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

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	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: Datos incompletos, teléfono errado 12/11/25

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

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

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por mordelago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirrábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	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 E.



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°

4820 Sem 45

FECHA ACCIDENTE RÁBICO

DÍA

05

MES

11

AÑO

2020

URGO QUE REPORTA:

clínica verda/las

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS

Sebastian Rojas Butron

N° DOCUMENTO DE
IDENTIDAD

9104829669

EDAD

13

DOMICILIO

Cll 31A # 1404

BARRIO

Benjamin Herrera

N° DE TELÉFONO
FIJO / MÓVIL

312228 8310

COMUNA

8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS

Desconocido

N° DOCUMENTO DE
IDENTIDAD

EDAD

DOMICILIO

BARRIO

Benjamin Herrera

N° DE TELÉFONO
FIJO / MÓVIL

COMUNA

8

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE

OTRO-CUAL?

NOMBRE

RAZA

SEXO

EDAD

CANINO

ESPECIE

OTRO-CUAL?

NOMBRE

RAZA

SEXO

EDAD

COLOR

TAMAÑO

FECHA VAC. ANTIRRÁBICA

VACUNADO POR

N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL

PERMANENCIA DEL ANIMAL

VIVIENDA

ANTEJARDÍN

CALLEJERO

D. VALORACIÓN ZOOLOGÍA

VISITA

FECHA DE
OBSERVACIÓN

PERDIDA
DE APETITO

COORDINACIÓN

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

SI

NO

SI

NO

SI

NO

E. CONDICIONES SANITARIAS

SE EVIDENCIA O SE
PERCIBEN

MALOS OLORES

SI

NO

HECES

SI

NO

ORINA

SI

NO

F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:

Provocado

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Accidente del afectado indica que la agresión no fue provocada, sucede cuando caminaban por el sector y el canino lo agredió 15/11/15

En espera del tratamiento. Aun no recibe el tratamiento antirrábico

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS

BUENA

ACEPTABLE

INADECUADA

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

1. Animal sano vacunado

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 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										MMS01.03.11.P003.F006											
														VERSIÓN	001										
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	11	MES	11	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°					4825 Sem 44													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	31	MES	10	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA:					Hospital la Buena Esperanza													
A. DATOS DEL AFECTADO																									
NOMBRE Y APELLIDOS						Sebastian Restrepo Gallardo						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1118308030	EDAD	28									
DOMICILIO						Cll 135 135 Esquina						BARRIO		Floralia	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		3167340960	COMUNA	6						
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																									
NOMBRE Y APELLIDOS						Luz Ceron						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD											
DOMICILIO						Cra 9N # 73-33						BARRIO		Floralia	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil		3168542004	COMUNA	6						
C. DATOS DEL ANIMAL																									
ESPECIE		OTRO CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD													
CANINO		FELINO		Niara				Beagle		MACHO		HEMBRA		70											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN	CALLEJERO										
Blanco		2		19 01 25		Centro de Zoonosis		VMPUP																	
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																									
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	12 11 25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	angela	Luz angela S.												
2	18 11 25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Luz angela S.													
3	19 11 25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Luz angela	1143854765												
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 provocada por manipular el canino																									
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 L																									



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

301

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 11	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4831 Sem 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 06	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	C5 Decepar

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Jonathan Steven Figueroa Díaz	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	602437 7777	EDAD	8
DOMICILIO	Cra 2863 # 124-66	BARRIO	Petrolero Grande	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	318697 6536
				COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Se intento contactar en múltiples ocasiones con el accidente del afectado pero no se obtuvo respuesta 18/11/25

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		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 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 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: 11	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4841 sem 44
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 01	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	H JOAQUIN PAT

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Alejandro Mercado Sanchez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1110054164	EDAD	11
DOMICILIO	Cra 13 # 65-42	BARRIO	Rivera 2	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	321 898 6233
				COMUNA	6

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Rivera 2	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	
				COMUNA	6

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUALY	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO ☒ FELINO ☐				MACHO ☐ HEMBRA ☐	
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco	C				

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BASEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD REJISTADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1												256 4353600000 Sanchez	
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:

18/11/25 lleva 3 dosis tratamiento antirrábico

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

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y Salud Victor Gutierrez
--