



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.F008

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 11	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4842 Sem 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 04	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	Ips Comfedi

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Carlos Daniel Ludino Teller	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1113695579	EDAD	26
DOMICILIO	Cll 72 Bbs # 8-29	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3105107465
				COMUNA	7

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			MACHO	HEMBA
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	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BASEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
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:

12/11/25 Cll 34511805; 76: 4840829

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



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 11	MES: 11	AÑO: 2025
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 07	MES: 11	AÑO: 2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

UPSD QUE REPORTA:

4848 Sim 45
Clinica DUSA

A. DATOS DEL AFECTADO

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL

2498370
311 373 6960

EDAD

COMUNA

86

7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL

EDAD

COMUNA

Bellavista - Dagua

C. DATOS DEL ANIMAL

NOMBRE

RAZA

SEXO

EDAD

MACHO

HEMERA

VIVIENDA

ANTEJARDÍN

CALLEJERO

N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL

PERMANENCIA DEL ANIMAL

VACUNADO POR

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACION			PERDIDA DE APETITO		INCOORDINACION		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BARREO		DIFICULTAD PARA TRASAR		NERVIOSIDAD		MANDIBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARALISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		QUIEN ATIENDE LA VISITA	ATIENDE LA VISITA		
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
1																											
2																											
3																											
COMENTARIOS GASTRARIAS				SE EVIDENCIA O SE		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESION:		NO Provocado	
agresion de la Raza y el canino lo agre...																											

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:

Afectado indica que el 70% pasando por un sector de Dagua y el canino lo agredió sin provocación 13/11/25

11eva 2 dosis tratamiento Antirabico

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 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	6. 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 UPSD

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

MMS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 11	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4851 sem 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 08	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	Clinica Avenida

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Francisco Javier Vasquez Arteaga	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	94422342	EDAD	42
DOMICILIO	Cra 1A12 # 93A30	BARRIO	Calimio	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3147300491
				COMUNA	6

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
1													
2													
3													

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Agresión por evitar pelea entre Canino del afectado y Felino Callejero
 * No se logra confirmar tratamiento Antirábico dado que no se logró contactar con el afectado
 13/11/25

Cm 16'651740

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 morder	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. Disociación 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 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.F008

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	14	MES	11	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4852 Sem 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	04	MES	11	AÑO	2025	UPOD QUE REPORTA:	Sura Pasosanche

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Jose Luis Zutta Arias			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	12980356	EDAD	61	
DOMICILIO	Cra 1A 14 # 744V1 BARRIO			Alcázar	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	312 2258889	COMUNA	6

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		HEMBA	
COLOR	TAMARCO		FECHA VAC. ANTIRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL	
	D	U	P	DIA	DES	AÑO				

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA	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:
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: NO se logra ubicar la dirección suministrada posiblemente incompleta 14/11/25

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 maula		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 frente a perro o gato (detallar)		15. Teléfono fuera de servicio	☒	20. Notificación inmediata a UPOD	

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: 2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4862 Sem 40
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 28	MES: 09	AÑO: 2015	UPGD QUE REPORTA:	Ser Salvo

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Michel Angelo Tarrayo Sevilla	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1130596222	EDAD	38
DOMICILIO	Cra 24 # 85M-03	BARRIO	Alfonso Lopez	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3104969102
				COMUNA	7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

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:
---------------------------	-----------------------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------	---------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: No se logra Confirmar la Ubicación, dirección no coincide con el barrio 12/11/15 No responde contacto telefonicamente

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 está en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por mordida
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°		4864 sem 44	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	01	MES	4	AÑO	2020	UGPD QUE REPORTA		Hospital universitario del valle	

A. DATOS DEL AFECTADO											
NOMBRE Y APELLIDOS						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			EDAD		
DOMICILIO						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL			COMUNA		
Juan Jose Pereira Ruiz						1006182222			24		
Cra 26 # 122-20 BARRIO Calamaro						3146346966			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 SIGNOLOGÍA																											
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		SABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																											
2																											
3																											

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: no se logró contactar con el afectado 15/11/25

15/11/25 GR 3423656-96.464345

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 opción 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 UPOD			

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°	4280 sem 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	04	MES	11	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Fundación valle del Lili

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Antonella Rivera ochoa			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9909535681	EDAD	3
DOMICILIO	Cra 1 # 734-89	BARRIO	San Luis	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3156970231	COMUNA	6

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 1A # 5c # 73A17	BARRIO	San Luis	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3156970231	COMUNA	6

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Niña	mt	MACHO ☐ HEMBRA ☒	
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		BARBO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																									
2																									
3																									

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Agresión por manipular el canino madre de la afectada manifestaba reuencia para brindar información del canino. Se logra corregir dirección de ubicación del Responsable del canino, pero no se logra ubicar.

18/11/25 QIL 3.486538, -76.484901

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 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 antibiótico
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°	4883 Sem 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	05	MES	11	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA:	Clínica de occidente

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Liam Santiago Sierra Alvarez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1112671627	EDAD	2
DOMICILIO	Cl 94A #20-11	BARRIO	Vallegrande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	7112671627
				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	HEMBA
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	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INJUSTADA	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	HALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	--------------------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Datos incompletos, se realizó acercamiento a la dirección suministrada pero no se logró contactar a dueños del afectado

14/11/25 UR: 3.437416, -76.466086

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 muerliago	18. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja 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 antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a rabia	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 Ambiente y salud
Victor Gutierrez 2



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: 11	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4884 Sem 44
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 29	MES: 10	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	Servimedica Gurun

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria del Pilar Zapata Viveros	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1143979203	EDAD	24
DOMICILIO	Cll 101e # 23-20	BARRIO	Compartir	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	317-8421501
				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				MACHO	HEMERA
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
					VIVIENDA
					ANTEJARDIN
					CALLEJERO
					Perdido

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	SABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1													
2													
3													

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Afectada es agredida en el momento que le realizaban baños al felino a Maria del Pilar Zapata v. 1143979203

18/11/25

No recibió 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	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 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 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 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	18	MES	11	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4434 Sem 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	06	MES	11	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	CS Decepa2

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Shonatan Steven Figueroa DÍAZ			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1232796799	EDAD	9
DOMICILIO	Cra 28 E 3 # 124-66	BARRIO	Potrero Grande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3186976536	COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Potrero Grande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL		COMUNA	21

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISTA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BARBO	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/NO OBSERVACIONES: Agresión por posible juego con el canino
Se contacta madre del afectado Jazmin Figueroa 24/11/25

No recibió tratamiento Antirábico

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 UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y salud
Victor Gutierrez E.