



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

MMDS01.03.11.F003.F008

VERSIÓN

001

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	18	MES	11	AÑO	2015	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4968	Sem	46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	12	MES	11	AÑO	2015	UPGO QUE REPORTA	Hospital	primitivo	Iglesias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan David Restrepo Hurtado	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1107519573	EDAD	27
DOMICILIO	Cll 33F # 16-27	BARRIO	La Floresta	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	602441768

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan David Restrepo Hurtado	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cll 33F # 16-27	BARRIO	Atunación Girard	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	312222525

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	CANINO	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
	☒ FELINO		Jacinto	Boston	MACHO	4A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA
Negro	0	0				ANTEJARDIN
						CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BARRO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANOBUA 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	20	11	25																						
2	24	11	25																						
3																									

E. CONDICIONES SANITARIAS	SE EVIDENCIA O SE PERCIEN	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 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 mordedago	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 UPGO
-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	------------------	-----------------------------	--	--	----------------------------	--	----------------------	---------------------	--------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------	---	-----------------------------------

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y salud
Vector Gutierrez 02

 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: 18		MES: 11		AÑO: 2025		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		4966 Sem 46																													
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 10		MES: 11		AÑO: 2025		UPGD QUE REPORTA		Sura padoncho																													
A. DATOS DEL AFECTADO																																							
NOMBRE Y APELLIDOS								Alejandro Maria Camacho																															
DOMICILIO								CII 710# 6v-50																															
BARRIO								Guadalupe																															
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD								1012360781																															
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil								3502139589																															
EDAD								35																															
COMUNA								C																															
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																							
NOMBRE Y APELLIDOS																																							
DOMICILIO																																							
BARRIO								Guadalupe																															
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD																																							
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil																																							
EDAD																																							
COMUNA								C																															
C. DATOS DEL ANIMAL																																							
ESPECIE				OTRO-CUAL?				NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																					
CANINO ☒		FELINO ☐														MACHO ☐		HEMERA ☐																					
COLOR		TAMARO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA				VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL																							
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																																							
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA													
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: Agresion por separar pelea entre caninos 20/11/25																																							
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								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 caso								17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable								9. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por roedor															
4. Animal con síntomas de rabia								10. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento antirrábico															
5. Animal con enfermedad diferente a								11. 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

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	18	MES	11	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4965 Sem 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	09	MES	11	AÑO	2025	UPGD QUE REPORTA	Sura pabonacho

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Hermes Gerardo Andrade Matudayoy	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	5204140	EDAD	50
DOMICILIO	C11 82 # 3A N 81	BARRIO	C. Florida	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	300 680 6113
				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 ☐ 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		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																									
2																									
3																									

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: NO se logro confirmar cuantos dosis lleva de tratamiento Anti-rabico
21/11/25
Ana Viveros
cc 1114882620
300 680 6113

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 muerlagos	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	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

MMGS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO
DE ZOONOSIS

DÍA

18

MES

11

AÑO

2025

FECHA ACCIDENTE RÁBICO

DÍA

11

MES

11

AÑO

2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

4973 sem 46

UPGD QUE REPORTA

H JOAQUIN PARRA B.

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS

Olga Lucia Cusquen Rondon

N° DOCUMENTO DE
IDENTIDAD

41733486

EDAD

67

DOMICILIO

CL 102 # 24 B33

BARRIO

Compartir

N° DE TELÉFONO
Fijo / Móvil

3163865940

COMUNA

21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS

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 SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	PERIODICIDAD 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:

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Afectada indica que fue agredida por un Canino que habita por el Sector donde ella pasaba, se le solicitó información de ubicación del Canino y/o Responsable, pero no envió ninguna información.

Se realizó visita presencial el día 20/11/25, pero afectada no se encontraba en vivienda.

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 dilación 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 mordedura
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



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: 18	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4970 Sem 45
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 05	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	Servicios Integrados de Salud

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Minerva Mosquera			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	66947590	EDAD	50
DOMICILIO	Cra 12C #63-20	BARRIO	Canaviera Base	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	301 716 7476	COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria fernanda			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Tenas Colorado	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	315 892 1022	COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?		NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD		
CANINO	FELINO	☒			MACHO	HEMBA		
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	PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD	MANDÍBULA SUELTA	FEROCIDAD INUSITADA	PARÁLISIS POSTERIOR	SACRIFICADO O MUERTO	NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA
1													
2													
3													

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: No se logra ubicar la persona afectada o responsable del felino 24/11/2025
No se logra contactar telefónicamente propietario del canino

21/11/25 Cel: 314 456 140, -76.4915012

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 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: 18	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4972 Ser 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 12	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	Red salud Oriente

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Camila Moreno Diaz	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1007626637	EDAD	23
DOMICILIO	Cra 27 # 121-42	BARRIO	Calima Despert	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3173745519
				COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Shony Congo Diaz	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 27B1 # 23-43	BARRIO		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3205490445
				COMUNA	21

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Terry	Bull Terrier	MACHO	2A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Blanco	0	18 02 24	Particular		VIVIENDA
					ANTEJARDÍN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

VISTA	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 VISTA	FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISTA
1	19 11 25	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	Shony Congo Diaz	
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 canino
Reunente a actualizar vacunación 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	5. Animal sacrificado	11. Agresión por mucelago	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 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 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: 25	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	5091 Sem 42
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 15	MES: 10	AÑO: 2025	UPGO QUE REPORTA	H. Joaquín Paz

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Camila Velez Becerra	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1109191682	EDAD	16
DOMICILIO	Cra 7a # 93-53	BARRIO	Puerto Mallarino	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	317 729 0337

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

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
					VIVIENDA
					ANTEJARDÍN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Familiar de la afectada indica que la agresión ocurre cuando caminaba por sector de Suanchito-Candelaria y el Canino sale de una fábrica del sector y agrede la afectada 26/11/25

No requiere 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 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 rabia	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
Vectorial Gobierno 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

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO
DE ZOONOSIS

DÍA:

25

MES:

11

AÑO:

2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

5095 Sem 41

FECHA ACCIDENTE RÁBICO:

DÍA:

05

MES:

10

AÑO:

2025

UPGD QUE REPORTA:

H. Jorquín p47 B.

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS

Maria Fernanda Patiño

N° DOCUMENTO DE
IDENTIDAD

38644377

EDAD

41

DOMICILIO

Cll 30A # 61-14

BARRIO

San Marino

N° DE TELÉFONO
Fijo / Móvil

318 318 9623

COMUNA

7

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS

Maria Fernanda Patiño

N° DOCUMENTO DE
IDENTIDAD

EDAD

7

DOMICILIO

Cll 30A # 61-14

BARRIO

San Marino

N° DE TELÉFONO
Fijo / Móvil

318 318 9623

COMUNA

7

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE

OTRO-CUAL?

NOMBRE

RAZA

SEXO

EDAD

CANINO

☒ FELINO

MACHO

☐ HEMBRA

COLOR

TAMANO

FECHA VAC. ANTIRRÁBICA

VACUNADO POR

N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL

PERMANENCIA DEL ANIMAL

VIVIENDA

ANTEJARDIN

CALLEJERO

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

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:

NO provocado

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Marina Condono manifiesta ser madre de la afectada y persona con discapacidad, es reuente a brindar información de ubicación del canino y/o propietario 26/11/25

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 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 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
Vivian 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	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4869 Sem 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 09	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	Clinica Nuestra

A. DATOS DEL AFECTADO			
NOMBRE Y APELLIDOS	Cristofer Noriega Gutman	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9139.83.6027
DOMICILIO	CL 116 # 25-71	BARRIO	Ciudadela del Rio
		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	318242.8240
			3146748215

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL			
NOMBRE Y APELLIDOS	Esteban	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DOMICILIO		BARRIO	
		N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	318356.7466
			21

C. DATOS DEL ANIMAL														
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD		
CANINO	☒	FELINO	☐							MACHO		HEMBA		
COLOR	TAMARO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN	
	D	M	P	DIA	MES	AÑO								

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																											
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANEJO 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:																							
Agresión por separar pelea entre Caninos																							
24/11/25 se le solicita Carnet de vacunación del canino al responsable del animal																							
pero se observa reuencia al no enviar información																							
Diana carolina gomez rodriguez 67090158																							
12/11/25 GR: 3.42727, -76.466292																							

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



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
FECHA ACCIDENTE RÁBICO: DÍA: 12 MES: 11 AÑO: 2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°

4967 Ser-46

UPGD QUE REPORTA

Virey Solis

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Blanca Carolina Sanchez mesa
DOMICILIO: Cra 23 # 34-15 BARRIO: Santa Fe
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 46377704 EDAD: 47
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 3206784742 COMUNA: 8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: Blanca Sanchez
DOMICILIO: Cra 23 # 34-15 BARRIO: Santa Fe
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3706784742 EDAD: 8
N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil: 3706784742 COMUNA: 8

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE: CANINO ☒ FELINO ☒ OTRO-CUAL? ☐
NOMBRE: Lucas RAZA: Mx SEXO: MACHO ☒ HEMBRA ☐ EDAD: 4A
COLOR: Negro TAMAÑO: ☐ FECHA VAC. ANTIRRÁBICA: 24/12/24 VACUNADO POR: Particular
N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL: PERMANENCIA DEL ANIMAL: ☐ VIVIENDA: ☐ ANTEJARDIN: ☐ CALLEJERO: ☐

D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Afectada reuente a recibir visita para observación del felino
Envia Carnet Digital 20/11/25

UN

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 rabie	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 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: 18	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	4936 scm 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA: 09	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	Unidad de urgencias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Dina Dolores Orozco Diaz			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1030543745	EDAD	38
DOMICILIO	Cra 12154 #122-69	BARRIO	Remanso	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3160515888	COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?		NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO ☒	FELINO ☐			mez	MACHO ☐	HEMбра ☐
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA
Cafe						ANTEJARDÓN
						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
	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 intentar alejar el canino con la mano 21/11/25

llevar una dosis de 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 moliclago	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 cración 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 UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y salud
Victor Gutierrez R.