



DESARROLLO SOCIAL
SERVICIO DE SALUD
PÚBLICA

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
(MIPG)

OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO

MMDS01.03.11.P003.F006

version

001

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde

 DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMD901.03.11.P003.F006																			
OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO												VERSIÓN		001																	
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 25	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		5092 Sem 44																								
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 29	MES: 10	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:		H Joaquín Pat B.																								
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS				Carlos Vel Yagüeno Josa				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				98379261		EDAD		54															
DOMICILIO				Dg 17 # 71A - 71				BARRIO				Sirote de Agosto		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil				3006488266		COMUNA		7									
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD						EDAD																	
DOMICILIO				Cra 24B # 2A - 00				BARRIO				Miraflores - Cali		N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil				3137913201		COMUNA		Jամរេ									
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUALY		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																	
CANINO		FELINO		marquet				Dalmata				MACHO		3A																	
COLOR		TAMARO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO															
Blanco - W -				26 02 25		Sebastian Lopez TP 45876						K																			
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANOBRA 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:		Vigilando	
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:														Agresión por ingresar al espacio de Permanencia del canino 26/11/25 Afectado indica que el canino Permanece en vivienda ubicada en el municipio de Jamrre, al momento del accidente el canino estaba en Cali de Paso																	
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		X		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 (denotar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD																			
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																															
Grupo Ambiente y salud Víctor 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	25	MES	11	AÑO	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	5093 Sem 47
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	20	MES	11	AÑO	2025	UPGO QUE REPORTA	H Jorgin Pat Borrero

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Nelcy Nathaly Lopez Sanchez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Vea 6769684	EDAD	31
DOMICILIO	Cra 7 Cl B's # 66-25	BARRIO	San Marino	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	32167 2840
				COMUNA	2

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

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

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		
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:	Agresión ocurre cuando la afectada camina por una calle del sector
	26/11/25

lleva 2 dosis de 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	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 cación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento 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 Botierret 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.F005

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS:	DÍA: 25	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°:	5104 Sem 43
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:	DÍA: 21	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA:	H Primitivo Iglesias

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Darwin Smith Hernandez Verrata	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1111563684	EDAD	10
DOMICILIO	Cra 246 #41-85	BARRIO	Asturias	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3217102512
				COMUNA	12

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	SD	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	Asturias	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	
				COMUNA	12

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
Negro	G ☒ P ☐	DÍA MES AÑO			VIVIENDA ☐ ANTEJARDÍN ☐ CALLEJERO ☒

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
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:	No Provocado
---------------------------	----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	--------------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:	Afectado andaba en bicicleta por el sector cuando fue agredido 29/11/25
---------------------------------------	---

11era 1 dosis del 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 dejó cracion 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

MMOS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS
DÍA: 25 MES: 11 AÑO: 2025
FECHA ACCIDENTE RÁBICO: DÍA: 14 MES: 10 AÑO: 2025

FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 5087 Sem 42
UPGD QUE REPORTA: H. Jorguín Pat Barrero

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Jonathan Burbano Lopez
DOMICILIO: Cll 21 A 26 - 17 BARRIO: Jorge E. Gaitan
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1144158774 EDAD: 33
N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL: 3234443510 COMUNA: 6

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: Jonathan Burbano
DOMICILIO: Cll 21 A 26 - 17 BARRIO: Jorge E. Gaitan
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: N° DE TELEFONO FIJO / MÓVIL: 3234443510 EDAD: 6
COMUNA: 6

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE: OTRO-CUAL? NOMBRE: Rocky RAZA: MACHO SEXO: MACHO EDAD: 5A
CANINO: FELINO COLOR: AMARILLO TAMAÑO: FECHA VAC. ANTIRRÁBICA: 15 11 25 VACUNADO POR: Santiago bebedilla TP24342 N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL: PERMANENCIA DEL ANIMAL: VIVIENDA: ANTEJARDIN: CALLEJERO:
VIVIENDA: ANTEJARDIN: CALLEJERO:

D. VALORACIÓN ZOOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRACAR		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	26	11	25																						
2	28	11	25																						
3	01	12	25																						

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 cuerpo

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 muerdido	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 cibern para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirábico
5. Animal con enfermedad diferente a	10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo 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: 25	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	5081 San 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 15	MES: 11	AÑO: 2025	UPGO QUE REPORTA	H. Joaquín Pérez Barrero

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Jorge Abeiro Salazar Lopez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	16634080	EDAD	66
DOMICILIO	CL 72 B # 1A2-89	BARRIO	San Luis 2	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3176265309
				COMUNA	6

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Lucelly Salazar	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	CL 72 B # 1A3-39	BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3176265309
	1A3-34			COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	☒ FELINO	Nitro	Bulldog Terrier	MACHO	14A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Amatillo	0	P			
		DÍA	MES	AÑO	VIVIENDA
					ANTEJARDIN
					CALLEJERO

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN	PERDIDA 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
1	26	11	25									Lucelly Salazar	
2	28	11	25									3126165309	
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 camino
Canino Geriátrico	

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 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				MMOS01.03.11.P003.F006	
								VERSIÓN	001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 25	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	5090 - Sem 43
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 25	MES: 10	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	Virrey Solis

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Maria Alejandra Paredes Gomez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1143960388	EDAD	31
DOMICILIO	Cll 82 # 26A-52	BARRIO	Alfonso Lopez 1	N° DE TELÉFONO Fijo / Móvil	3128455343

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD	
CANINO	☐	FELINO	☒					MACHO		HEMRA	
COLOR	Amarrillo	TAMAÑO	☐ G ☒ M ☐ P	FECHA VAC. ANTIRÁBICA	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		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				
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 manipular el felino 28/11/25

Termino tratamiento 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 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 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

Vicior Gutierrez R.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Página 1 de 1



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	FECHA EPIDEMIOLÓGICA N°	5099 Sem 43
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 20	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	Base Militar de Aviación

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Yorge Enrique Mandon Lopez	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1003317132	EDAD	22
DOMICILIO	CL 44A 5434 Pinar del 2	BARRIO	La Base	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3233560532
				COMUNA	8

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO		BARRIO	La Base	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	
				COMUNA	8

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
					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 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 el Canino cuando ingresaba a la unidad militar. 28/11/25
---------------------------------------	---

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 muerdiente	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 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
Vector bacterias y.



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°	5107 Sem 47
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 21	MES: 11	AÑO: 2025	UPOG QUE REPORTA	Fundación Club Noel

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Heilyn Sofia Oviedo Segura	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1191220231	EDAD	10
DOMICILIO	Cra 27E 125-88	BARRIO	Calvinio Desepaz	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3705498926
				COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Heilyn Oviedo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 27E 125-88	BARRIO	Potrero Grande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	3205498926
				COMUNA	21

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO	FELINO	mono	mz	MACHO	1A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Amarillo		16 07 25	Centro de Tomas		

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
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 al felino
Abigail Bioscos familiar de la afectada

Zona de alto riesgo 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 muncipal	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 UPOG

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Asistente 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

MMDS01.03.11.P003.F006

VERSIÓN

001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA: 25	MES: 11	AÑO: 2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	5109 Sem 46
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA: 10	MES: 11	AÑO: 2025	UPGD QUE REPORTA	Viney Solis

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Liam Francisco Lopez Valencia	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1235144013	EDAD	8
DOMICILIO	Cra 181 #694-78	BARRIO	Calancho Desept	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	316 6285755
				COMUNA	21

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Cra 181 #694-78	BARRIO	Potrero Grande	N° DE TELÉFONO Fijo / MÓVIL	316 6285755
				COMUNA	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO ☒ FELINO ☐		manchas	mt	MACHO ☒ HEMBRA ☐	2A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
blanco					

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		
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:	Provocada
---------------------------	-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----	---------------------------	-----------

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: Agresión por manipular el canino madre del afectado indica que el canino fue vacunado en el municipio de Buenaventura, pero que en el traslado a Cali perdieron el carnet de vacunación. No logra confirmar dirección precisa. Zona de alto riesgo 27/11/25

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 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 Cortierrez 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										MMOS01.03.11.P003.F006																																					
														VERSIÓN		001																																			
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	25	MES:	11	AÑO:	2025	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		5111 Sem 42																																									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	16	MES:	10	AÑO:	2025	UPGD QUE REPORTA:		H. Joaquín Pat B.																																									
A. DATOS DEL AFECTADO																																																			
NOMBRE Y APELLIDOS						Sandra Shirley Sanchez Solís						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1143964463		EDAD		31																																	
DOMICILIO						Cra 26v # 123-68						BARRIO		Calineio		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		315 2029285		COMUNA		21																													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																																			
NOMBRE Y APELLIDOS						SD						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD																																			
DOMICILIO												BARRIO		Deleport - Calineio		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				COMUNA		21																													
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		ANTEJARDIN		CALLEJERO																																			
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																																																			
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BASEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INSTIGADA		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: Canino agrede cuando la afectada ingresa a establecimiento comercial Extemporanea donde indican que el canino es callejero 27/11/25																																																			
Termino tratamiento Antirabico																																																			
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 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 Víctor Gutierrez																																																			