

 DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PUBLICA	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)	MMDS01 03 11 P003 F013
	TABULADO DIARIO DE JORNADAS EXTRAMURALES DE VACUNACIÓN ANTI RABICA	VERSION 001

FECHA: DIA 19 MES 11 AÑO 2025
HORA INICIO JORNADA: 10AM
HORA FINALIZACIÓN JORNADA: 11PM
VACUNADOS: 1

LUGAR DE VACUNACIÓN: Jarillon Florencia
COMUNA: 6
FUNCIONARIOS: Victor Gutierrez

TOTAL: 1

CANINOS												HEMBRAS														
MACHOS						HEMBRAS						HEMBRAS														
< 1 AÑO			> 1 AÑO			> 2 AÑOS			> 3 AÑOS			< 1 AÑO			> 1 AÑO			> 2 AÑOS			> 3 AÑOS					
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6			
7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9			
10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12			
13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15			
16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18			
19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21			
22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24			
25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27			
28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30			
31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33	31	32	33			
34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36	34	35	36			
37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39			
TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0		
TOTAL CM: 0												TOTAL CH: 1														

FELINOS												HEMBRAS														
MACHOS						HEMBRAS						HEMBRAS														
< 1 AÑO			> 1 AÑO			> 2 AÑOS			> 3 AÑOS			< 1 AÑO			> 1 AÑO			> 2 AÑOS			> 3 AÑOS					
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6			
7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9	7	8	9			
10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12	10	11	12			
13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15			
16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18	16	17	18			
19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21	19	20	21			
22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24	22	23	24			
25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27			
28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30	28	29	30			
TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0			TOTAL: 0		
TOTAL FM: 0												TOTAL FH: 0														

ANIMALES NO APTOS PARA VACUNACIÓN																								
ACTIVACIÓN DEL					CELO					TRATAMIENTO MEDICO					EN VIVIENDA					PARTICULAR				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10					
11	12	13	14	15	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15					
16	17	18	19	20	16	17	18	19	20	16	17	18	19	20	16	17	18	19	20					
TOTAL: 0					TOTAL: 0					TOTAL: 0					TOTAL: 0					TOTAL: 0				

HORA _____
MAÑANA 4.5°C
MEDIO DIA _____
TARDE 4.7°C

Marca Biológico: Dabicom-vecol

Lote 261

Dosis entregadas 10
D. Aplicadas 1
D. Devolución 9
D. Perdidas 0

Jeringas
Agujas

entregadas	devolucion
10	09
00	00

Testigo de la jornada de vacunación realizada
Nombre y apellido: Luz Angely Sanchez Firma _____
Número de documento de identidad: 1192854765
Dirección y teléfono: Cra 9M # 25-33 3168542004

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)		MMDS01.03.11.P003.F002	
	CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA		VERSIÓN	001

Propietario:	Lu7 Angela Sanchez	Documento de Identidad	114385425
Dirección:	Cva 9a # 93-33	Teléfono/Celular:	316 8592004
Barrio / Vereda:	Juvenil Floridia	Comuna:	6

Especie:

Canino

☒

Felino

☐

Nombre:	Kara	Color:	Blanco-crema
Raza:	Beagle	Edad:	74
Esterilizado:	Si: ☒	No: ☐	

Sexo:

Macho

☐

Hembra

☒

Fecha de vacunación:	19	11	2015
----------------------	----	----	------

Vacuna:	Rabican	Lote:	261
---------	---------	-------	-----

Nombre del Vacunador:	Victor Gutierrez R
-----------------------	--------------------

Este certificado es el único comprobante de la vacunación del animal NO lo destruya. Consérvelo, le sera exigido en cualquier momento por las autoridades sanitarias.

ESTA VACUNACIÓN ES GRATUITA