

 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
		FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2
GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-464-024
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-03-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 9:40 am
Cargo:	Fin: 10:30 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	IPS MANEXKA MDML

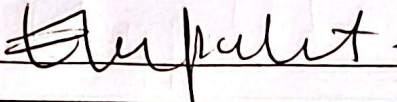
PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contralista	3126716630
2	Ella Palut	enf. jefe	3017165806
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiologica #12
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron cero (0) casos de pueriles correspondiente a esta semana epidemiologica. En el caso de presentarse nuevos casos, la enfermera jefe queda encargada de informarme.
Observaciones.

	FORMATO		CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN		VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		FECHA: 01/11/2024
			PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Diligenciar actas	Contadista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma:  Nombre:	Firma:  Nombre: Carlos A Lopez
Firma: Nombre:	Firma: Nombre:

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DT4-216-2026-464-024
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 04-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 9:00 am
Cargo:	Fin: 10:00 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	IPS MANEXXA MOMIL

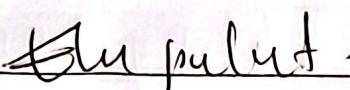
PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Elia Palut	Enf. Jefe	3017165806
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica # 13
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron cero (0) casos de puérentes correspondientes a esta semana. Sin embargo, si se presentan nuevos casos en el resto de la semana la jefe de enfermería queda pendiente de informar.
Observaciones.

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Diligenciar actas	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma:  Nombre:	Firma:  Nombre: Carlos A. Lopez
Firma: Nombre:	Firma: Nombre:

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-464 628
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 11-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora Inicio: 11:00 am
Cargo:	Fin: 12:00 m
Secretario:	Lugar:
Cargo:	IPS MANEXKA MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Elza Palot	enf. jefe	3017165806
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiologica #14
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita notificaron cero (0) casos de pacientes correspondientes a esta semana epidemiologica. En el caso de presentarse nuevos casos de pacientes, la enfermera jefe queda encargada de notificarlos.
Observaciones.

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Diligenciar actas	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>[Signature]</i>
Nombre:	Nombre: <i>[Signature]</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-464-030
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 17-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 2:00 pm
Cargo:	Fin: 3:00 pm
Secretario:	Lugar:
Cargo:	IPS MANEXKA MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Eliza Pulido	Enf. Jefe	3017165806
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica # 15
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron cero (0) casos de pacientes correspondientes a esta semana epidemiológica. En el curso de presentarse nuevos casos de pacientes en el resto de la semana, la enfermera jefe me lo informará.
Observaciones.

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Dirigenciar actus	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>[Signature]</i>
Nombre:	Nombre: <i>[Signature]</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
		FECHA: 01/11/2024
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-464-032
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 17-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora Inicio: 2:00 pm
Cargo:	Fin: 3:00 pm
Secretario:	Lugar:
Cargo:	IPS MANEXXA MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Elia Palut	Ent. Jefe	3017765806
3			

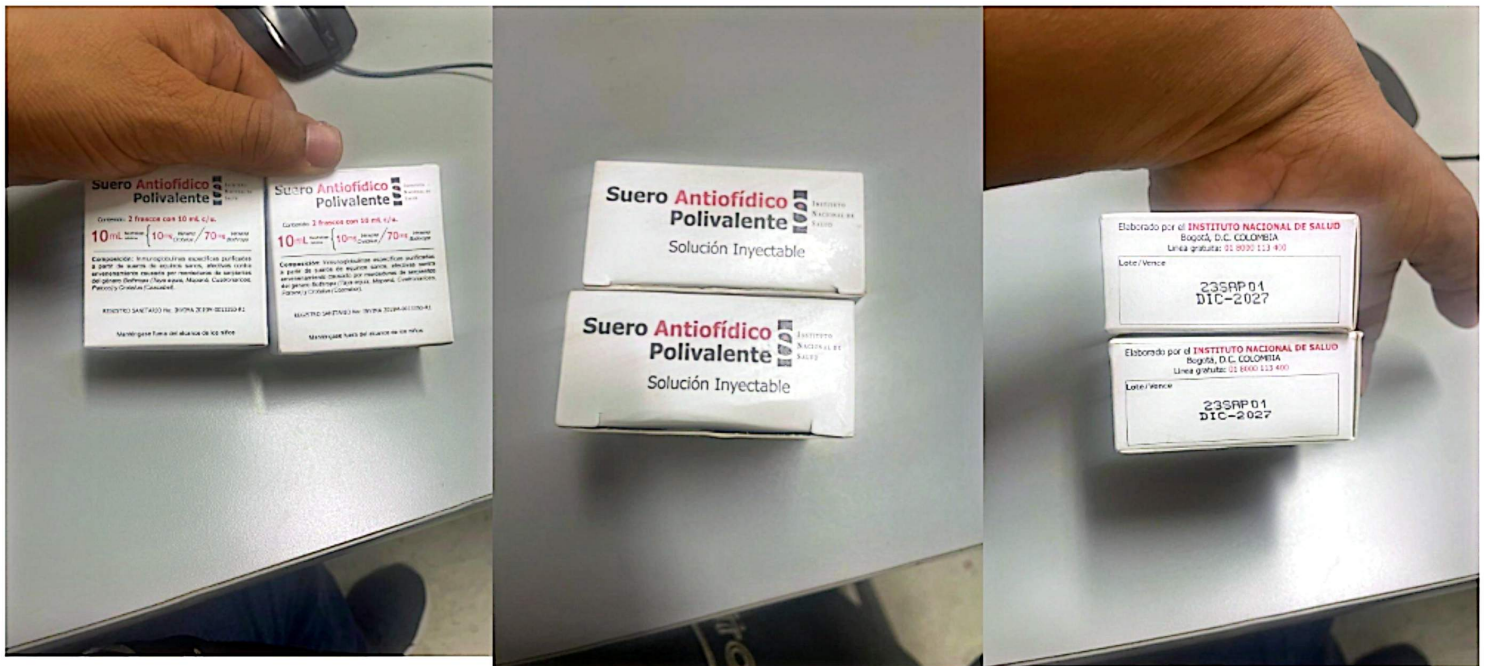
PUNTOS DE DISCUSION	
1	Inventario STOCK suero antiofídico
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En la inspección se encontró: Ampolla: 4 Lote: 23 SAP01 Vencimiento: Dic-2027 Fabricante: INS Según la norma jurídica Circular 048 de 2022 del ministerio de salud, establece que las dosis necesarias para accidente moderado deben ser entre 6 y 8 ampollas.
Observaciones. Se sugiere hacer la solicitud de las ampollas restantes a INS.

ANEXOS FOTOGRÁFICOS DE STOCK DE SUERO ANTIOFÍDICO

IPS MANEXKA MOMIL

17/04/2026



	FORMATO		CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN		VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		FECHA: 01/11/2024
			PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Inspección Stock	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>[Signature]</i>
Nombre:	Nombre: <i>[Signature]</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 GOBIERNO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-464-025
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-03-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 11:00 pm
Cargo:	Fin: 12:00 m
Secretario:	Lugar:
Cargo:	EE CAMU MOHIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López I	Contratista	3126716680
2	Tereza Mendoza	Enf- Jefe	3145380247
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica #12
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron dos (2) casos de pacientes por mordedura de perro, los cuales son observables con información clara. En el caso de presentarse más pacientes en el resto de semana, la jefe de enfermería queda pendiente de informar.
Observaciones.



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

SINS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación Individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:11 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1284/09

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPGD Departamento: <u>23</u> Municipio: <u>464</u> Código: <u> </u> Sub-Inicia: <u> </u>		Razón social de la unidad primaria generadora del dato <u>ESE Camu Mamul</u>	
1.2 Nombre del evento <u>APTR</u>		Código del evento <u> </u>	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) <u>23/03/2026</u>
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento ORC ☐ TI ☒ OCC ☐ OCE ☐ OPA ☐ OMS ☐ OAS ☐ OPE ☐ OCN ☐ OCD ☐ OSC ☐ ODE ☐ OPT ☐		2.2 Número de identificación <u>1.196.965.891</u>	
2.3 Nombres y apellidos del paciente <u>Karen Jurem Beltran Puerca</u>			
2.4 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <u>11/03/2011</u>		2.5 Edad <u>15</u>	2.6 Sexo ☒ M. Hombre ☐ F. Mujer
2.7 Unidad de medida de la edad ☒ 1. Años ☐ 2. Meses ☐ 3. Días ☐ 4. Horas ☐ 5. Minutos ☐ 6. No aplica		2.8 Nacionalidad <u>Colombiana</u>	
2.9 País de ocurrencia del caso <u>Colombia</u>		2.10 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia Departamento: <u>Cordoba</u> Municipio: <u>Mamul</u>	
2.11 Área de ocurrencia del caso ☒ 1. Cabecera municipal ☐ 2. Centro poblado ☐ 3. Rural disperso		2.12 Vereda/zona <u> </u>	
2.13 Localidad de ocurrencia del caso <u>APTR</u>		2.14 Barrio de ocurrencia del caso <u>Villa Venecia</u>	
2.15 Censo municipal/centro poblado/rural disperso <u>CM</u>		2.16 Vereda/zona <u> </u>	
2.17 Ocupación del paciente <u>Estudiante</u>		2.18 Tipo de régimen en salud ☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☒ E. Especial ☒ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/pendiente	
2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios <u>MLP</u>		2.20 Pertenencia étnica ☒ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raizal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☐ 6. Otro	
2.21 Estrato <u> </u>			
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente ☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales			
3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente ☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 2. Búsqueda activa inst. ☐ 3. Vigilancia intensificada		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente País: <u>770</u> Departamento: <u>25</u> Municipio: <u>464</u>	
3.3 Dirección de residencia <u>B/Villa Venecia</u>		3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <u>23/03/2026</u>	
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <u>25/05/2026</u>		3.6 Clasificación inicial de caso ☐ 1. Sospechoso ☐ 2. Probable ☒ 3. Conf. por laboratorio ☒ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. nexo epidemiológico	
3.7 Hospitalizado ☐ SI ☐ No		3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) <u> </u>	
3.9 Condición final ☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No sabe, no responde		3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) <u> </u>	
3.11 Número certificado de defunción <u>Mamul</u>		3.12 Causa básica de muerte <u> </u>	
3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha <u>Mamul Alvarez</u>		3.14 Teléfono <u>30496260959</u>	
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso ☐ 0. No aplica ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Descartado ☐ 6. Descartado por error de digitación ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 5. Conf. nexo epidemiológico ☐ 7. Otra actualización		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) <u> </u>	

Scanned with
CamScanner

03-23



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V:02 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/06 y 1264/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto	5.2 ¿Agresión provocada?	5.3 Tipo de lesión	5.4 Profundidad
☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rábico ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico.	☐ 1. SI ☐ 2. No	☐ 1. Única ☐ 2. Múltiple	☐ 1. Superficial ☒ 2. Profunda
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario)	5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa)	5.7 Especie agresora	5.8 Animal vacunado
☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos	25/03/2026	☐ 1. Perro ☐ 2. Gato ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 4. Equinos ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 7. Murciélago ☐ 8. Zorro ☐ 9. Mico ☐ 10. Humano ☐ 12. Otros silvestres ☐ 13. Ovino-Caprino ☐ 14. Grandes roedores	☒ 1. SI ☐ 2. No ☐ 3. Desconocido
5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica?	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa)	5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor:	5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor:
☐ 1. SI ☒ 2. No		Francisco Navega	Villa Paveau
5.13 Teléfono del propietario	5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto	5.15 Estado del animal al momento de la consulta	5.16 Ubicación del animal agresor
	☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido	☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. Desconocido	☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido
5.17 Tipo de exposición	6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE		
☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave			

6.1 Suero antirrábico	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6.3 Vacuna antirrábica	6.4 Número de dosis	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)
☐ 1. SI ☒ 2. No		☐ 1. SI ☒ 2. No		

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón?	7.2 ¿Sutura de la herida?	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico?	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna?
☒ 1. SI ☐ 2. No	☒ 1. SI ☐ 2. No	☐ 1. SI ☒ 2. No	☐ 1. SI ☒ 2. No

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with
CamScanner

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CORDOBA																							
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA																									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO Karen Beltran		DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI ☒ CC ☐ RC ☐ NP 1196 965 891																							
DIRECCION DE RESIDENCIA B1 Villa Venecia, Momil		TELEFONO																							
LUGAR DE ATENCION DEL PACIENTE BSE CAMU MOMIL	FECHA DE AGRESION DIA 23 MES 03 AÑO 26																								
		FECHA DE CONSULTA DIA 23 MES 03 AÑO 26																							
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO																									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Francisco Nacur		DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI ☐ CC ☐ RC ☐ NP																							
DEPARTAMENTO Cordoba	MUNICIPIO Momil	DIRECCION DE RESIDENCIA B1 Villa venecia																							
TELEFONO	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO VEREDA Villa venecia																							
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR																									
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR Sultan	ESPECIE Canina	RAZA Cnollee																							
	COLOR Manchado	EDAD 2 años																							
SEXO MACHO ☒ HEMBRA ☐	VACUNADO SI ☐ NO ☒	FECHA DE VACUNACION DIA MES AÑO																							
SEÑAS PARTICULARES																									
SEÑALE DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACION																									
SIGNOS	VISITA 1 2 3	SIGNOS																							
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		DIFICULTAD EN LA DEGLUCION																							
CAMBIOS EN EL APETITO		ALTERACION DEL LADRIDO (RONCO)																							
PELO ERIZADO		CONVULSIONES																							
HUIDIZO		INCORDINACION EN LOS MOVIMIENTOS																							
EXCITACION		PARALISIS DE LAS EXTREMIDADES																							
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTIMULOS		ATORAMIENTO / MANDIBULA CAIDA																							
AGRESIVIDAD		NINGUNO																							
SIALORREA		OTRO *																							
* ¿CUAL?																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE LA VISITA</th> <th rowspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA</th> <th rowspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>28</td> <td>03</td> <td>26</td> <td><i>[Firma]</i></td> <td><i>Carlos A Lopez</i></td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>03</td> <td>26</td> <td><i>[Firma]</i></td> <td><i>Carlos A Lopez</i></td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>04</td> <td>26</td> <td><i>[Firma]</i></td> <td><i>Carlos A Lopez</i></td> </tr> </table>			FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA	DIA	MES	AÑO	28	03	26	<i>[Firma]</i>	<i>Carlos A Lopez</i>	31	03	26	<i>[Firma]</i>	<i>Carlos A Lopez</i>	04	04	26	<i>[Firma]</i>	<i>Carlos A Lopez</i>
FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA																					
DIA	MES	AÑO																							
28	03	26	<i>[Firma]</i>	<i>Carlos A Lopez</i>																					
31	03	26	<i>[Firma]</i>	<i>Carlos A Lopez</i>																					
04	04	26	<i>[Firma]</i>	<i>Carlos A Lopez</i>																					
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACION	SANO ☒	ENFERMO ☐	MUERTO ☐	PRESENTO SINTOMATOLOGIA COMPATIBLE CON RABIA																					
OTRAS OBSERVACIONES																									
FECHA NOTIFICACION AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA DIA 04 MES 04 AÑO 26																									
NOMBRE Y S. U. O DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA <i>[Firma]</i>																									

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 23/03/2026

Persona agredida: Karen Beltrán



Fecha: 04/04/2026



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:II 2022-06-08

La fecha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1873 de 2018

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD	Razón social de la unidad primaria generadora del dato
23 464 01	Est. Cam. Homil
Departamento Municipio Código Sub-índice	
1.2 Nombre del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)
Agresión por Animala potencialmente transmisora de Rabia	25/03/2026
Código del evento	

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento	2.2 Número de identificación
ORC OTI ☒ OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCD OSC ODE OPT	15303729
TIC: REGISTRO CIVIL / TI: TARJETA IDENTIDAD / CE: CÉDULA CIUDADANA / CE: CÉDULA EXTRANJERA / PA: PASAPORTE / ME: MENOR SIN ID / AE: ADULTO SIN ID / PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA / CE: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO / CD: CARRÉ DIPLOMÁTICO / BC: SALVOCONDUCTO / DE: DOCUMENTO EXTRANJERO / PT: PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL	
2.3 Nombres y apellidos del paciente	2.4 Teléfono
Richard Ricardo Montoya Vezar	
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad
07/02/1975	61
2.7 Unidad de medida de la edad	2.8 Sexo
☒ Años ☐ 3. Días ☐ 5. Minutos ☐ 2. Meses ☐ 4. Horas ☐ 0. No aplica	☒ Hombre ☐ Indeterminado ☐ 0. No aplica ☐ F. Mujer
2.9 Nacionalidad	2.10 País de ocurrencia del caso
Colombia	Colombia
2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	2.12 Área de ocurrencia del caso
Departamento: Cundinamarca Municipio: Cundinamarca - momil	☒ 1. Cabecera municipal ☐ 3. Rural disperso ☐ 2. Centro poblado
2.13 Localidad de ocurrencia del caso	2.14 Barrio de ocurrencia del caso
Santa Lucia	Cm
2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso	2.16 Vereda/zona
2.17 Ocupación del paciente	2.18 Tipo de régimen en salud
	☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☐ E. Especial ☒ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/ pendiente
2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios	2.20 Pertenencia étnica
Wena EPS	☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Racial ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negra, mulato afro colombiano ☒ 6. Otro
2.21 Estado	2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente
	☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☒ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente
☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 2. Búsqueda activa inst. ☐ 5. Investigaciones ☐ 3. Vigilancia intensificada	País: Colombia Departamento: Cundinamarca Municipio: Cundinamarca - momil
3.3 Dirección de residencia	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)
Transm. 1 7-31 Florian	25/03/2026
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso
25/03/2026	☐ 1. Sospechoso ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 2. Probable ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. caso epidemiológico
3.7 Hospitalizado	3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)
☐ Si ☒ No	
3.9 Condición final	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)
☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 0. No sabe, no responde	
3.11 Número certificado de defunción	3.12 Causa básica de muerte
3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha	3.14 Teléfono
Patricio Zúñiga Cuchile	3116705801

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso	4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)
☐ 0. No aplica ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Descartado ☐ 6. Descartado por error de digitación ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 5. Conf. caso epidemiológico ☐ 7. Otra actualización	

Scanned with
CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V:02 2022-06-08

La Ruche de Rectificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información. LRV 1773/09 y 1784/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

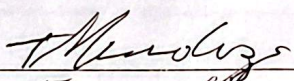
A. Nombres y apellidos del paciente Dcha. Briado Mariana Vazquez		B. Tipo de ID CC	C. Número de documento 15703729
5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN			
5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rábico ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, mielínico o secreciones infectadas con virus rábico		Si marco 1, mordedura, seleccione área ☐ En área cubierta del cuerpo ☒ En área descubierta del cuerpo ☐ 5. Inhalación en ambientes cargados de virus rábico (aerosoles) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rábico	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No		5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple 5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda	
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 25 03 2026		5.7 Especie agresora ☒ 1. Perro ☐ 2. Gato ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 4. Equinos ☐ 5. Porcino (cardo) ☐ 7. Murciélago ☐ 8. Zorro ☐ 9. Mico ☐ 10. Humano ☐ 12. Otros silvestres ☐ 13. Ovino-Caprino ☐ 14. Grandes roedores	
5.8 Animal vacunado ☒ 1. Si ☐ 3. Desconocido ☐ 2. No		5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) 			
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: 			
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: 			
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☒ 1. Con signos de rabia ☐ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave	
6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE			
Antes de la consulta actual el paciente había recibido:			
6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Si ☐ 3. No sabe ☒ 2. No		6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) 	
6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Si ☐ 3. No sabe ☒ 2. No		6.4 Número de dosis 	
6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) 		6.6 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) 	
7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD			
7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Si ☐ 2. No		7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Si ☒ 2. No	
7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Si ☒ 2. No		7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Si ☒ 2. No	

Correo: shvigilla@ins.gov.co

Scanned with
CamScanner

 DEPARTAMENTO DE LA CORPORACIÓN	FORMATO	CODIGO: GMP-P3F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 02
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 13/06/2019
		PÁGINA 2 de 2

COMPROMISOS				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
1	Seguimiento de animales agresivos	Contratista	Abn1	Ninguna
2				
3				

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: 	Firma: 
Nombre: Tiberio Muroloza	Nombre: Carlos A. López
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 GOBIERNO DE CÓRDOBA	FORMATO		CÓDIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN		VERSIÓN: 03
	GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG		FECHA: 01/11/2024
			PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-464-022
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 04-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 11:15 am
Cargo:	Fin: 12:00 m
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESE CAMU MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Tercza Mendoza	Enf. Jefe	3145380247
3			

PUNTOS DE DISCUSIÓN	
1	Visita semana epidemiológica # 13
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron un (1) caso de paciente por mordedura de perro, el cual es observable con información clara. En el caso de presentarse nuevos pacientes en el resto de la semana, la jefe de enfermería queda encargada de comunicarmelo.
Observaciones.



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:II 2022-06-08

La fecha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/06 y 1284/06

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPGD Departamento: <u>23</u> Municipio: <u>464</u> Código: <u>0000</u> Sub-Índice: <u>00</u> <u>ESE Comu Monil</u>			
1.2 Nombre del evento <u>Wombaden de Pomo</u>		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) <u>30/03/2026</u>	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento ☒ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS ☐ OPE ☐ OCN ☐ OCD ☐ OSC ☐ ODE ☐ OPT		2.2 Número de identificación <u>1067406349</u>	
2.3 Nombres y apellidos del paciente <u>David Luis Bravo Triguero</u>			
2.4 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <u>27/07/2015</u>		2.5 Sexo ☒ M. Hombre ☐ F. Mujer	
2.6 Edad <u>10</u>		2.7 Unidad de medida de la edad ☒ 1. Años ☐ 2. Meses ☐ 3. Días ☐ 4. Horas ☐ 5. Minutos ☐ 6. No aplica	
2.8 País de ocurrencia del caso <u>Colombia</u>		2.9 Nacionalidad <u>Colombiana</u>	
2.10 Localidad de ocurrencia del caso <u>Monil</u>		2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia <u>Córdoba - Monil</u>	
2.12 Barrio de ocurrencia del caso <u>Monil</u>		2.13 Cabeecera municipal/centro poblado/rural disperso <u>C. P.</u>	
2.14 Vereda/zona <u>Sacramento</u>		2.15 Área de ocurrencia del caso ☒ 1. Cabeecera municipal ☐ 2. Centro poblado ☐ 3. Rural disperso	
2.16 Ocupación del paciente <u>Estudiante</u>		2.17 Tipo de régimen en salud ☒ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☐ E. Especial ☐ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/pendiente	
2.18 Nombre de la administradora de Planes de beneficios <u>Mutual S.C.</u>		2.19 Código <u>00000000</u>	
2.20 Pertenencia étnica ☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raízal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☒ 6. Otro		2.21 Género <u>7</u>	
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente ☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Decepcionados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☒ Otros grupos poblacionales			
3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente ☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 2. Búsqueda activa inst. ☐ 5. Investigaciones ☐ 3. Vigilancia intensificada		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente <u>Colombia Córdoba - Monil</u>	
3.3 Dirección de residencia <u>Monil</u>		3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <u>30/03/2026</u>	
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <u>30/03/2026</u>		3.6 Clasificación inicial de caso ☒ 1. Sospechoso ☐ 2. Probable ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. caso epidemiológico	
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) <u>00/00/0000</u>		3.8 Condición final ☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No sabe, no responde	
3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) <u>00/00/0000</u>		3.10 Número certificado de defunción <u>00000000</u>	
3.11 Causa básica de muerte <u>0000</u>		3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha <u>Dijeluv J. J. J.</u>	
3.13 Teléfono <u>3152321824</u>		3.14 Código <u>00000000</u>	
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			

Scanned with
CamScanner



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V.02 2022-08-08

La fecha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos los entes que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1272/08 y 1290/08

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente David Luis Bravo		B. Tipo de ID T1	C. Número de documento 1067 406 344
5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN			
5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabioso ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas		Si marco 1, mordedura, seleccione área: ☐ En área cubierta del cuerpo ☒ En área descubierta del cuerpo ☐ 7. Inhalación en ambientes cargados o virus rabioso (aerossol) ☐ 8. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabioso	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No		5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	
5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda			
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 30/03/2026		5.7 Especie agresora ☒ 1. Perro ☐ 2. Gato ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 4. Equinos ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 6. Murciélago ☐ 7. Zorro ☐ 8. Mico ☐ 9. Humano ☐ 10. Otros silvestres ☐ 11. Ovíno-Caprino ☐ 12. Grandes roedores	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. Desconocido		5.9 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) 30/03/2026		5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Edurno Izaguirre	
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: Socoma		5.13 Teléfono del propietario	
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☒ 1. Con signos de rabia ☐ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. Desconocido	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave	
6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE			
Antes de la consulta actual el paciente había recibido:			
6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) 30/03/2026	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.4 Número de dosis 2
6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) 30/03/2026			
7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD			
7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Si ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Si ☒ 2. No

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with
CamScanner

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO David Luis Bravo		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☒ CC ☐ RC ☐ N° 1067406349
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Momil, Socuna		TELÉFONO 301 258 8005
LUGAR DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ESE CAMU MOMIL		FECHA DE AGRESIÓN DIA MES AÑO 30 03 26
FECHA DE CONSULTA DIA MES AÑO 30 03 26		
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Eduardo Tuaguro		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ CC ☐ RC ☐ N°
DEPARTAMENTO Córdoba	MUNICIPIO Momil	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Socuna
TELÉFONO	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO / VEREDA
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR		
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR Tarzan	ESPECIE Canina	RAZA molle
SEXO MACHO ☒ HEMBRA ☐	VACUNADO SI ☐ NO ☒	FECHA DE VACUNACIÓN DIA MES AÑO
SEÑAS PARTICULARES		EDAD 1 año 6 meses
SEÑALE DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN		
SIGNOS	VISITA	SIGNOS
	1 2 3	
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		DIFICULTAD EN LA DEGLUCIÓN
CAMBIOS EN EL APETITO		ALTERACIÓN DEL LADRIDO (RONCO)
PELO ERIZADO		CONVULSIONES
HUIDIZO		INCORDINACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS
EXCITACIÓN		PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTÍMULOS		ATORAMIENTO / MANDÍBULA CAÍDA
AGRESIVIDAD		NINGUNO
SIALORRREA		OTRO
¿CUAL?		
FECHA DE LA VISITA		
DIA MES AÑO	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
06 04 26	Eduardo Tuaguro	Carlos A. López
09 04 26	Eduardo Tuaguro	Carlos A. López
11 04 26	Eduardo Tuaguro	Carlos A. López
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACIÓN		
SANO ☐	ENFERMO ☐	MUERTO ☐
PRESENTO SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON RABIA		SI ☐ NO ☒
OTRAS OBSERVACIONES		
FECHA NOTIFICACIÓN AL MÉDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGÍA		
DIA MES AÑO	NOMBRE Y S. U. O DEL MÉDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA	
11 04 26	Menobiz	

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 30/03/2026

Persona agredida: David Luis Bravo



Fecha: 11/04/2026

 GOBIERNO DE CÓRDOBA	FORMATO		CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN		VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		FECHA: 01/11/2024
			PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	seguimiento de animal agresor	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>Carlos A Lopez</i>
Nombre: <i>Enzo Morales</i>	Nombre: <i>Carlos A Lopez</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 GOBIERNO DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-464-029
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 11-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 2:00 pm
Cargo:	Fin: 3:10 pm
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESE CAMU MOHIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López I	Contratista	3126716630
2	Ferza Mendoza	Enf. Jefe	3145380247
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica #14
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron tres (3) casos de pacientes por mordedura de perro, los cuales son observables, con información clara. Sin embargo, si se presentan nuevos casos en la semana, la enfermera jefe queda encargada de comunicarmelos.
Observaciones.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información SIVigila

Ficha de notificación Individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V.12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1712/06 y 1286/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *	Razón social de la unidad primaria generadora del dato *
23 4164	E.S.E Camu Bouri
Departamento Municipio Código Sub-Indice	
1.2 Nombre del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)
Morbilidad de Perro	05.04.2026
Código del evento	

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *	2.2 Número de identificación *
ORC OTI ☒ CC ☐ CE ☐ OPA ☐ OMS ☐ OAS ☐ OPE ☐ OCN ☐ OCD ☐ OSC ☐ ODE ☐ OPT	1065374821
2.3 Nombre y apellidos del paciente	
Sergio Igo Corrales	
2.4 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.5 Edad *
08.11.2006	19
2.6 Unidad de medida de la edad *	2.7 Nacionalidad *
01. Años 03. Dias 05. Minutos 02. Meses 04. Horas 00. No aplica	Colombiano
2.8 Sexo *	2.9 Identidad de género
☒ Hombre ☐ Indeterminado ☐ Mujer	☐ 1. Hombre ☐ 3. Hombre trans ☐ 5. Otro ☐ 2. Mujer ☐ 4. Mujer trans ☐ 6. Otro
2.10 Orientación sexual	2.11 Orientación sexual
☐ 1. Heterossexual ☐ 3. Biseual ☐ 5. Culé otros? ☐ 2. Gay/Lesbiana ☐ 4. Otra	☐ 1. Heterossexual ☐ 3. Biseual ☐ 5. Culé otros? ☐ 2. Gay/Lesbiana ☐ 4. Otra
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *	2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *
Colombia	Cordoba - Muni
2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *	2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *
☐ 1. Cabecera municipal ☐ 3. Rural dispersa ☐ 2. Centro poblado	2.16 Vereda/zona procedencia/ocurrencia
	2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso
	2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia
2.19 Tipo de régimen en salud *	2.20 Tipo de régimen en salud *
☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☐ E. Especial ☐ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/ pendiente	☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☐ E. Especial ☐ S. Subsidado ☐ I. Indeterminado/ pendiente
2.21 Nombre de la administradora de Planes de Beneficios *	2.22 Pertenencia étnica *
Medicover	☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Racial ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☒ 6. Otro
2.23 Selección de los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *	2.24 Selección de los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales	☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

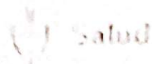
3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *
☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 2. Búsqueda activa ind. ☐ 5. Investigaciones ☐ 3. Vigilancia intensificada	Colombia - Cordoba - Muni
3.3 Dirección de residencia *	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)
B. Bantander	05.04.2026
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso *
05.04.2026	☐ 1. Sospechoso ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 2. Probable ☒ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. caso epidemiológico
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.8 Condición final *
	☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No sabe, no responde
3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)
3.11 Número certificado de defunción	3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha *
	Angela Rueda
3.13 Teléfono del profesional *	3.14 Teléfono del profesional *
	307012619

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V.03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1773/06 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente Sergio Lugo Coors	B. Tipo de ID CC	C. Número de documento 1065374829
---	----------------------------	---

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño		Si marco 1, mordedura, seleccione área ☒ En área cubierta del cuerpo ☐ En área descubierta del cuerpo	
5.1 Tipo de agresión o contacto ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabico ☐ 6. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rabico		☐ 7. Inhalación en ambientes cargados o virus rabico (aerosoles) ☐ 8. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabico	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No		5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda	
5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple			
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☒ 1. Cabeza, cara, cuello ☒ 2. Manos, dedos ☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☐ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 05/04/2024		5.7 Especie agresora ☒ 1. Perra ☐ 2. Gato ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 4. Equinos ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 7. Murciélago ☐ 8. Zorro ☐ 9. Mico ☐ 10. Humano ☐ 12. Otros silvestres ☐ 13. Ovinos-Caprino ☐ 14. Grandes roedores	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. Desconocido		5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa)			
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Sergio Lugo Coors			
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: B10a hms			
5.13 Teléfono del propietario: 3006578429			
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. Desconocido	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave	

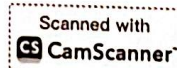
6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:				
6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) 05/04/2024	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.4 Número de dosis 1	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) 05/04/2024

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Si ☐ 2. No	7.2 ¿Suturas de la herida? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Si ☒ 2. No
---	--	--	--

Correo: sivigila@insa.gov.co



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	FICHA TECNICA PARA LA OBSERVACIÓN DE ANIMALES AGRESORES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	 GOBERNACIÓN DE CORDOBA Secretaría de Desarrollo de la Salud																							
1. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA																									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGREDIDO Sergio Lugo Coavus		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. CC ☒ RC ☐ N° 1065374821																							
DIRECCION DE RESIDENCIA B/ Santander, Momil		TELEFONO 3006878429																							
LUGAR DE ATENCION DEL PACIENTE ESE CAMU MOMIL		FECHA DE AGRESION DIA MES AÑO 05 04 26																							
		FECHA DE CONSULTA DIA MES AÑO 05 04 26																							
2. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO																									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL Sergio Lugo Coavus		DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. CC ☒ RC ☐ N° 1065374821																							
DEPARTAMENTO Cordoba	MUNICIPIO Momil	DIRECCION DE RESIDENCIA B/ Santander																							
TELEFONO	COMUNIDAD / LOCALIDAD	BARRIO VEREDA																							
3. SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR																									
NOMBRE DEL ANIMAL AGRESOR Astrella	ESPECIE Canina	RAZA Crolier																							
COLOR marón	EDAD 2 años																								
SEXO MACHO ☐ HEMBRA ☒	VACUNADO SI ☐ NO ☒	FECHA DE VACUNACION DIA MES AÑO																							
SEÑAS PARTICULARES																									
SEÑAL DE ACUERDO A LO PRESENTADO POR EL ANIMAL AL MOMENTO DE LA OBSERVACION																									
SIGNOS	VISITA 1 2 3	SIGNOS																							
CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO		DIFICULTAD EN LA DEGLUCION																							
CAMBIOS EN EL APETITO		ALTERACION DEL LADRIDO (RONCO)																							
PELO ERIZADO		CONVULSIONES																							
HUIDIZO		INCORDINACION EN LOS MOVIMIENTOS																							
EXCITACIÓN		PARALISIS DE LAS EXTREMIDADES																							
AUMENTO EN LA RESPUESTA A ESTIMULOS		ATORAMIENTO / MANDIBULA CAIDA																							
AGRESIVIDAD		NINGUNO																							
SIALORREA		OTRO																							
¿CUAL?																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE LA VISITA</th> <th rowspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA</th> <th rowspan="2">NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>13</td> <td>04</td> <td>26</td> <td>Sergio Lugo</td> <td>Carlos A Lopez</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>04</td> <td>26</td> <td>Sergio Lugo</td> <td>Carlos A Lopez</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>04</td> <td>26</td> <td>Sergio Lugo</td> <td>Carlos A Lopez</td> </tr> </table>			FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA	DIA	MES	AÑO	13	04	26	Sergio Lugo	Carlos A Lopez	15	04	26	Sergio Lugo	Carlos A Lopez	17	04	26	Sergio Lugo	Carlos A Lopez
FECHA DE LA VISITA			NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA	NOMBRE, C.C. Y FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA																					
DIA	MES	AÑO																							
13	04	26	Sergio Lugo	Carlos A Lopez																					
15	04	26	Sergio Lugo	Carlos A Lopez																					
17	04	26	Sergio Lugo	Carlos A Lopez																					
ESTADO DEL ANIMAL AL FINAL DE LA OBSERVACION	SANO ☐	ENFERMO ☐	MUERTO ☐	PRESENTO SINTOMATOLOGIA COMPATIBLE CON RABIA																					
SI ☐ NO ☒																									
OTRAS OBSERVACIONES																									
FECHA NOTIFICACIÓN AL MEDICO TRATANTE O EPIDEMIOLOGIA DIA MES AÑO 04 26																									
NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA Mendoza																									

Agresión canina en el municipio de Momil

Fecha: 05/04/2026

Persona agredida: Sergio Lugo Coavas



Fecha: 17/04/2026



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

SINS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:II 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información. Ley 1712 de 2014 y 1296 de 2009

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD	Razón social de la unidad primaria generadora del dato
	E. SE Como Momi
1.2 Nombre del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)
● Morte de un de porro	10/04/2026

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento	2.2 Número de identificación
☐ RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS ☐ PE ☐ DE ☐ PT	1065 377 380
2.3 Nombres y apellidos del paciente	2.4 Teléfono
Mar celo Iglesias Fere	3135771201
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Sexo
26/02/2077	☒ M Hombre ☐ F Mujer
2.7 Edad	2.8 Nacionalidad
75	Colombiano
2.9 País de ocurrencia del caso	2.10 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia
Colombia	Departamento: Cundinamarca Municipio: Muzo
2.11 Localidad de ocurrencia del caso	2.12 Área de ocurrencia del caso
Nea mil	☒ 1. Cabecera municipal ☐ 2. Centro poblado ☐ 3. Rural disperso
2.13 Barrio de ocurrencia del caso	2.14 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso
San Antonio	2.15 Variedad/zona
2.16 Tipo de régimen en salud	2.17 Nombre de la administradora de Planes de beneficios
☐ P. Excepción ☐ C. Contributivo ☐ N. No Asegurado ☒ E. Especial	Mutual Sur
2.18 Tipo de afiliación	2.19 Cédula
☐ 1. Indígena ☐ 2. Rom, Gitano ☐ 3. Raízal ☐ 4. Palenquero ☐ 5. Negro, mulato afro colombiano ☒ 6. Otro	7
2.20 Pertenencia étnica	2.21 Registro
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente	
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales	

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente
☒ 1. Notificación rutinaria ☐ 4. Búsqueda activa com. ☐ 2. Búsqueda activa inst. ☐ 5. Investigaciones ☐ 3. Vigilancia intensificada	Colombia - Cundinamarca - Muzo
3.3 Dirección de residencia	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)
Barrío San Antonio. Cll 70 # 8 - 09	10/04/2026
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso
10/04/2026	☒ 1. Sospechoso ☐ 2. Probable ☐ 3. Conf. por laboratorio ☐ 4. Conf. Clínica ☐ 5. Conf. caso epidemiológico
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.8 Condición final
	☒ 1. Vivo ☐ 2. Muerto ☐ 3. No sabe, no responde
3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.10 Número certificado de defunción
3.11 Causa básica de muerte	3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha
	Dr. J. J. Arango
	3.13 Teléfono
	3152521624

Scanned with
CamScanner



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V:02 2022-06-08

La fecha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1272/09 y 1264/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente <u>Marcos Iglesias</u>	B. Tipo de ID <u>T7</u>	C. Número de documento <u>1065377380</u>
---	----------------------------	---

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rábico ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas ☐ 5. Inhalación en ambientes cargados o virus rábico (aerosoles) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rábico	Si marca 1. mordedura, seleccione área ☐ En área cubierta del cuerpo ☒ En área descubierta del cuerpo	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No	5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 3. Tronco ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 7. Genitales externos ☐ 2. Manos, dedos ☐ 4. Miembros superiores ☐ 6. Pies, dedos		
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) <u>08/04/2026</u>	5.7 Especie agresora ☒ 1. Perra ☐ 4. Equidos ☐ 8. Zorro ☐ 12. Otros silvestres ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 9. Mico ☐ 13. Ovino-Caprino ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Si ☐ 3. Desconocido ☒ 2. No	5.9 ¿Presentó carne de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) [][]-[][]-[][][][]
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: <u>Marcos Iglesias</u>		
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: <u>D/Son Antonio</u>		
5.13 Teléfono del propietario <u>3735771281</u>		
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido	5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido
5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave		

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:				
6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Si ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) [][]-[][]-[][][][]	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Si ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	6.4 Número de dosis [][][][]	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) [][]-[][]-[][][][]

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Si ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Si ☒ 2. No
--	--	---	---

Correo: sivigila@ins.gov.co

Scanned with
CamScanner



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila

Ficha de notificación Individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:II 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información UIV 1273/08 y 1264/08

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD	Razón social de la unidad primaria generadora del dato	
23 4164	ESE CATU Moni	
1.2 Nombre del evento	Código del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)
Ataque de Pánico de noche	300	11/04/2026

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento	2.2 Número de identificación			
ORC OTI ☒ CC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCO OSC ODE OPT	1003212995			
2.3 Nombres y apellidos del paciente		2.4 Teléfono		
Alexander Polo Polo		3186395666		
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad	2.8 Sexo	2.9 Nacionalidad
22/10/1998	27	01. Años 03. Días 05. Minutos 02. Meses 04. Horas 00. No aplica	01. Hombre 01. Indeterminado 02. Mujer	170
2.10 País de ocurrencia del caso	2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	2.12 Área de ocurrencia del caso		
Colombia	Córdoba - Moni	01. Cabecera municipal 02. Centro poblado 03. Rural disperso		
2.13 Localidad de ocurrencia del caso	2.14 Barrio de ocurrencia del caso	2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso	2.16 Vereda/zona	
	Divino niño			
2.17 Ocupación del paciente	2.18 Tipo de régimen en salud	2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios		
	01. Excepción 02. Contributivo 03. No Asegurado 04. Especial 05. Subsidado 06. Indeterminado/pendiente	Miguel J		
2.20 Pertenencia étnica	2.21 Estrato			
01. Indígena 02. Rom, Gitano 03. Raizal 04. Palenquero 05. Negro, mulato afro colombiano 06. Otro	2			
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente				
☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales				

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente	3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente			
01. Notificación rutinaria 02. Búsqueda activa inst. 03. Vigilancia intensificada 04. Búsqueda activa com. 05. Investigaciones	Colombia - Córdoba - Moni			
3.3 Dirección de residencia	3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso	3.7 Hospitalizado
Barrio Divino niño Moni - Córdoba	11/04/2026	11/04/2026	01. Sospechoso 02. Probable 03. Conf. por laboratorio 04. Conf. Clínica 05. Conf. por epidemiológico	01. Si 02. No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.9 Condición final	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.11 Número certificado de defunción	
	01. Vivo 02. Muerto 03. No sabe, no responde			
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha	3.14 Teléfono		
	DAFA G. Sandoval Concha	311670190		

Scanned with
CamScanner



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

INS



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V:02 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1272/09 y 1264/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente Alexander Polo Polo	B. Tipo de ID CC	C. Número de documento 1003212995
---	----------------------------	---

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1. Mordedura Si marco 1, mordedura, seleccione área ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rábico ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico ☐ 5. Inhalación en ambientes cargados o virus rábico (aerosoles) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rábico		En área cubierta del cuerpo En área descubierta del cuerpo	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No		5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	
5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda			
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 3. Tronco ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 7. Genitales externos ☐ 2. Manos, dedos ☐ 4. Miembros superiores ☒ 6. Pies, dedos			
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 11/04/2026		5.7 Especie agresora ☒ 1. Perro ☐ 4. Equinos ☐ 8. Zorro ☐ 12. Otros silvestres ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 9. Mico ☐ 13. Ovino-Caprino ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.8 Animal vacunado ☐ 1. Si ☒ 3. Desconocido ☐ 2. No		5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	
5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa) 11/04/2026			
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Alexander Polo			
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: St. D...			
5.13 Teléfono del propietario			
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave	

6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

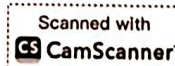
Antes de la consulta actual el paciente había recibido:

6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) 11/04/2026	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe	6.4 Número de dosis 1	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa) 11/04/2026
--	---	---	---------------------------------	---

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Si ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Si ☒ 2. No
---	---	--	--

Correo: sivigila@ins.gov.co



 GOBERNACIÓN DE CORDOBA	FORMATO		CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN		VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		FECHA: 01/11/2024
			PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Seguimiento de animal agresor	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>[Signature]</i>
Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre: <i>[Signature]</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 GOBIERNO DE CÓRDOBA	FÓRMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTA-216-2026-464-031
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 17-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 10:45 am
Cargo:	Fin: 11:40 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESE CAMU MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López I	Contratista	3126716630
2	Tereza Mendoza	Enf. jefe	3145380247
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica # 15
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron dos (2) casos de pacientes por mordedura de perro, los cuales son observables y se encuentran en seguimiento. En caso de presentarse nuevos pacientes la enfermera jefe lo informará.
Observaciones.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02 0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos los entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1264/09

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPOD *		Razón social de la unidad primaria generadora del dato *	
23 1704		E.S.C Comu Momi	
1.2 Nombre del evento *		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *	
Mordedura de perro		16/04/2026	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento *		2.3 Número de identificación *	
CNC ON ☒ CC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCD OSC ODE OPT		7033807983	
2.2 Nombre y apellidos del paciente *		2.4 Teléfono *	
Adriana Lucia Sotter Camacho		3075920900	
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad *	2.7 Unidad de medida de la edad *	2.8 Nacionalidad *
06/05/1998	25	00 Años 03 Días 05 Minutos 02 Meses 04 Horas 00 No aplica	Colombia
2.9 Sexo *	2.10 Identidad de género		2.11 Orientación sexual
☒ M Hombre ☐ Indeterminado	☐ 01 Hombre ☐ 03 Hombre trans ☐ 05 Otro ☒ 02 Mujer ☐ 04 Mujer trans ☐ Cuidó otro?		☒ 01 Heterosexual ☐ 03 Bisexual ☐ Cuidó otro? ☐ 02 Gay/lesbiano ☐ 04 Otro
2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *		2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *	
Colombia		Cundinamarca - Momi	
2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *		2.15 Vereda/barrio procedencia/ocurrencia del caso *	
01 Cabecera municipal ☐ 03 Rural disperso 02 Centro poblado		Código	
2.16 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *		2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso *	
Momi		Código	
2.18 Tipo de régimen en salud *		2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *	
☐ P. Excepción ☒ Contributivo ☐ M. No Asegurado ☐ E. Especial ☐ B. Subsidado ☐ I. Indeterminado/pendiente		Sanitas Epi	
2.22 Pertenencia étnica *		2.23 Estrato *	
☐ 01 Indígena ☐ 02 Róm. Gitano ☐ 03 Raízal ☐ 04 Palenquero ☐ 05 Negro, mulato afro colombiano ☐ 06 Otro		7	
2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *			
☐ Personas en situación de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Ociosos ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada ☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales			

3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *	
☒ Notificación rutinaria ☐ 04 Búsqueda activa caso ☐ 02 Búsqueda activa focal ☐ 05 Investigativas ☐ 03 Vigilancia intensificada		Colombia - Cundinamarca - Momi	
3.3 Dirección de residencia *		3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	
Br. So Comu		16/04/2026	
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)		3.6 Clasificación inicial de caso *	
15/04/2026		☐ 01 Sospechoso ☐ 03 Conf. por laboratorio ☒ 02 Probable ☐ 04 Conf. Clínica ☐ 05 Conf. resea epidemiológico	
3.7 Hospitalizado *		3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	
☐ Si ☒ No			
3.9 Condición final *		3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	
☒ 01 Vivo ☐ 02 Muerto ☐ 03 No sabe, no responde			
3.11 Número certificado de defunción		3.12 Causa básica de muerte	
3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *		3.14 Teléfono del profesional *	
ojair duran		3152527620	

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila
Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 300. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos los entes que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1273/06 y 1294/06

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente <u>Adriana Sotter</u>	B. Tipo de ID <u>Ce</u>	C. Número de documento <u>7033807983</u>
--	----------------------------	---

5. DATOS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO, DE LA ESPECIE AGRESORA Y DE LA CLASIFICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Tipo de agresión o contacto ☒ 1. Mordedura ☐ 2. Arañazo o rasguño ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rabico ☐ 4. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rabico ☐ 5. Inhalación en ambientes cargados o virus rabico (aerosoles) ☐ 6. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rabico	Si marco 1, mordedura, seleccione área ☐ En área cubierta del cuerpo ☐ En área descubierta del cuerpo	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No	5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	5.4 Profundidad ☒ 1. Superficial ☐ 2. Profunda
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 3. Tronco ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 7. Genitales externos ☐ 2. Manos, dedos ☐ 4. Miembros superiores ☐ 6. Pies, dedos		
5.6 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) <u>75/04/26/26</u>	5.7 Especie agresora ☒ 1. Perro ☐ 4. Equidos ☐ 8. Zorro ☐ 12. Otros silvestres ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 9. Mico ☐ 13. Ovino-Caprino ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.8 Animal vacunado ☒ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. Desconocido	5.9 ¿Presentó carné de vacunación antirrábica? ☐ 1. Si ☒ 2. No	5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa)
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: <u>Ester Riquelme</u>		
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: <u>Socoma</u>		
5.13 Teléfono del propietario <u>314658270</u>		
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido	5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido
5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave		

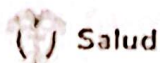
6. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:				
6.1 Suero antirrábico ☐ 1. Si ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa) 	6.3 Vacuna antirrábica ☐ 1. Si ☐ 3. No sabe ☒ 2. No	6.4 Número de dosis 	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)

7. DATOS DEL TRATAMIENTO ORDENADO EN LA ACTUALIDAD

7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón? ☒ 1. Si ☐ 2. No	7.2 ¿Sutura de la herida? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico? ☐ 1. Si ☒ 2. No	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna? ☐ 1. Si ☒ 2. No
---	---	--	--

Correo: sivigila@ins.gov.co



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información Sivigila
Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1272/00 y 1294/00

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPOD *		Razón social de la unidad primaria generadora del dato *	
23 464		ESE Comu momi	
1.2 Nombre del evento *		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *	
Mordedura de perro		14/04/2026	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento *		2.2 Número de identificación *	
RC OTI RCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCD OSC ODC OPT		6589426	
2.3 Nombres y apellidos del paciente *			
Abraham Mosquida Cota			
2.4 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		2.5 Edad *	
28/08/1940		86	
2.6 Sexo *		2.7 Unidad de medida de la edad *	
M Hombre O Indeterminado		1. Años O 3. Días O 5. Minutos	
F Mujer		2. Meses O 4. Horas O 0. No aplica	
2.8 Nacionalidad *		2.9 Orientación sexual	
Colombia		1. Heterosexual O 3. Bisexual O 4. Otro	
2.10 País de procedencia/ocurrencia del caso *		2.11 Área de procedencia/ocurrencia del caso *	
Colombia		1. Cabecera municipal O 3. Rural disperso	
2.12 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso *		2.13 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso *	
Momi		2.14 Vereda/zona procedencia/ocurrencia del caso *	
2.15 Ocupación del paciente *		2.16 Tipo de régimen en salud *	
Independiente		P. Excepción O C. Contributivo O N. No Asegurado	
2.17 Pertenencia étnica *		2.18 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *	
1. Indígena O 2. Rom, Gitano O 3. Racial O 4. Palenquero O 5. Negro, mulato afro colombiano O 6. Otro		Mutual Ser	
2.19 Selección los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *			
Personas en condición de discapacidad O Migrantes O Gestantes O Población infantil a cargo del ICBF O Desmovilizados O Víctimas de violencia armada O Desplazados O Personas privadas de la libertad O Habitantes de la calle O Madres comunitarias O Centros psiquiátricos O Otros grupos poblacionales			
3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *	
1. Notificación rutinaria O 4. Búsqueda activa com. O 2. Búsqueda activa inst. O 5. Investigaciones		Colombia - Córdoba - Momí	
3.3 Dirección de residencia *		3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	
El Calle		14/04/2026	
3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)		3.6 Clasificación inicial de caso *	
14/04/2026		1. Sospecho O 3. Conf. por laboratorio O 2. Probable O 4. Conf. Clínica O 5. Conf. caso epidemiológico	
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)		3.8 Condición final *	
		1. Vivo O 2. Muerto O 0. No sabe, no responde	
3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)		3.10 Número certificado de defunción	
3.11 Causa básica de muerte		3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha *	
		Diana Zúñiga	
		3.13 Teléfono del profesional *	
		316705301	

Scanned with
CamScanner

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1773/06 y 1786/06

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Abraham Miquel	CE	6589426.

☒ 1. Mordedura ☒ 2. Arañazo o rasguño		Si marco 1, mordedura, seleccione área ☒ En área cubierta del cuerpo ☒ En área descubierta del cuerpo	
5.1 Tipo de agresión o contacto ☐ 3. Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva infectada con virus rábico ☐ 6. Contacto de mucosa o piel lesionada, con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico.		☐ 7. Inhalación en ambientes cargados o virus rábico (aerosoles) ☐ 8. Trasplante de órganos o tejidos infectados con virus rábico	
5.2 ¿Agresión provocada? ☐ 1. Si ☒ 2. No		5.3 Tipo de lesión ☒ 1. Única ☐ 2. Múltiple	
5.5 Localización anatómica de la lesión (señale más de una en caso necesario) ☐ 1. Cabeza, cara, cuello ☐ 2. Manos, dedos		☐ 3. Tronco ☐ 4. Miembros superiores ☒ 5. Miembros inferiores ☐ 6. Pies, dedos ☐ 7. Genitales externos	
5.8 Fecha de la agresión o contacto (dd/mm/aaaa) 14-04-2024		5.7 Especie agresora ☒ 1. Perra ☐ 4. Equidos ☐ 8. Zorro ☐ 12. Otros silvestres ☐ 14. Grandes roedores ☐ 2. Gato ☐ 5. Porcino (cerdo) ☐ 9. Mico ☐ 13. Ovíno-Caprino ☐ 3. Bovino-Bufalino ☐ 7. Murciélago ☐ 10. Humano	
5.9 Animal vacunado ☐ 1. Si ☐ 3. Desconocido ☒ 2. No		5.10 Fecha de vacunación (dd/mm/aaaa)	
5.11 Nombre del propietario o responsable del agresor: Xiomara Diaz			
5.12 Dirección del propietario o responsable del agresor: Cl 1051			
5.13 Teléfono del propietario			
5.14 Estado del animal al momento de la agresión o contacto ☐ 1. Con signos de rabia ☒ 2. Sin signos de rabia ☐ 3. Desconocido		5.15 Estado del animal al momento de la consulta ☒ 1. Vivo ☐ 3. Desconocido ☐ 2. Muerto	
5.16 Ubicación del animal agresor ☒ 1. Observable ☐ 2. Perdido		5.17 Tipo de exposición ☒ 0. No exposición ☐ 1. Exposición leve ☐ 2. Exposición grave	

Antes de la consulta actual el paciente había recibido:

6.1 Suero antirrábico	6.2 Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	6.3 Vacuna antirrábica	6.4 Número de dosis	6.5 Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)
☐ 1. Si ☐ 3. No sabe ☒ 2. No		☐ 1. Si ☐ 3. No sabe ☒ 2. No		

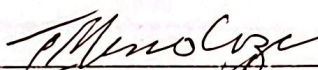
7.1 ¿Lavado de herida con agua y jabón?	7.2 ¿Sutura de la herida?	7.3 ¿Ordenó suero antirrábico?	7.4 ¿Ordenó aplicación vacuna?
☒ 1 Si ☐ 2 No	☐ 1 Si ☒ 2 No	☐ 1 Si ☒ 2 No	☐ 1 Si ☒ 2 No

Correo: alvigila@ins.gov.co

Scanned with
 CamScanner™

	FORMATO		CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN		VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		FECHA: 01/11/2024
			PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	seguimiento de animales agresivos	Contabilista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: 	Firma: 
Nombre: Titus Montoya LL	Nombre: Carlos A Lopez
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA ≈	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-464-033
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 17-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 10 : 45 am
Cargo:	Fin: 11 : 40 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESE CAMU MOMIL

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126776630
2	Tereza Mendoza	Enf. Jefe	3145380247
3			

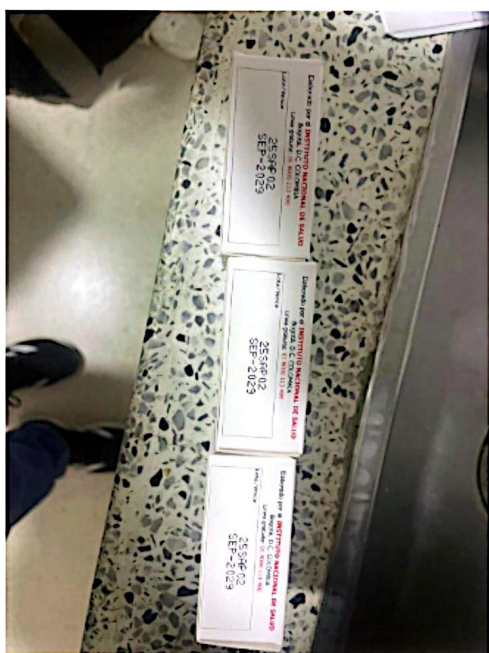
PUNTOS DE DISCUSION	
1	Inventario STOCK siero antiofidico
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En la inspección se encontró: Ampolla : 6 Lote: 25 SAP02 Vencimiento: Sep-2029 Fabricante: INS
Observaciones.

ANEXOS FOTOGRÁFICOS DE STOCK DE SUERO ANTIOFÍDICO

ESE CAMU MOMIL

17/04/2026



 GOVERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO		CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN		VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		FECHA: 01/11/2024
			PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Inspección STOCK	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>[Signature]</i>
Nombre: <i>[Name]</i>	Nombre: <i>[Name]</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DT#-216-2026-586-013
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 27-08-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora Inicio: 8:00 am
Cargo:	Fin: 9:00 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESE CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contactista	312 677 66 30
2	Yaneth Camacho	Enf. Jefe	305 266 84 74
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiologica #12
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron cero (0) casos de pacientes correspondiente a esta semana epidemiologica. Sin embargo, si en el transcurso de la semana se presenta un nuevo caso, la enfermera jefe me proporcionará la información de este.
Observaciones.

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
		FECHA: 01/11/2024
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Diligenciar actus	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>Yoneth Comacho</i>	Firma: <i>Carlos A Lopez</i>
Nombre:	Nombre: <i>Carlos A Lopez</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA ≈	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-586-014
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 04-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 7:45 am
Cargo:	Fin: 8:30 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESE CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Yaneth Camacho	Enf. Jefe	305 266 8474
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica #13
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron (0) casos de pacientes correspondientes a esta semana epidemiológica. Sin embargo, en el caso de presentarse algún paciente en lo que resta de la semana, la enfermera jefe queda encargada de hacerme lo saber.
Observaciones.

 GOBERNACIÓN DE CORDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Diligenciar actus	Contadista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>Ybnerth Camacho</i>	Firma: <i>Carlos A. López</i>
Nombre:	Nombre: <i>Carlos A. López</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
		FECHA: 01/11/2024
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-586-05
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 11-04-2026
Coordinador:	Hora Inicio: 7:50 am
Cargo: Carlos López Issa	Fin: 8:40 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESG CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Yaneth Camacho	Enf-Jefe	305-2668474
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiológica #14
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Durante esta visita me notificaron (o) casos de pacientes correspondientes a esta semana epidemiológica. En el caso de presentarse un nuevo caso me será informado por la jefe de enfermería.
Observaciones.

 GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Diligenciar actus	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: Yoneth Comacho	Firma: Carlos A Lopez
Nombre:	Nombre: Carlos A Lopez
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. JTH-216-2026-586-016
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 17-04-2026
Coordinador:	Hora inicio: 8:10 am
Cargo: Carlos López Issa	Fin: 9:00 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESE CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Yaneth Camacho	Enf. Jefe	3052668474
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Visita semana epidemiologica # 15
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta visita me notificaron cero (0) casos de pacientes, correspondientes a esta semana epidemiologica. En caso de presentarse un nuevo caso, me será informado por la enfermera jefe.
Observaciones.

 GOBIERNO DE CÓRDOBA	FORMATO		CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN		VERSIÓN: 03
			FECHA: 01/11/2024
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG		PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Diligenciar actus	Contratista	Abril	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: <i>Yanetly Camacho</i>	Firma: <i>Carlos A Lopez</i>
Nombre:	Nombre: <i>Carlos A Lopez</i>
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

 GOVERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
		FECHA: 01/11/2024
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	PÁGINA 1 de 2

Comité o Grupo: Programa Zoonosis	Acta No. DTH-216-2026-586-af
Citada por: Carlos López Issa	Fecha: 17-04-2026
Coordinador: Carlos López Issa	Hora inicio: 8:10 am
Cargo:	Fin: 9:00 am
Secretario:	Lugar:
Cargo:	ESF CAMU PURISIMA

PARTICIPANTES			
No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Carlos López	Contratista	3126716630
2	Yaneth Camacho	Buf-Jefe	3052668474
3			

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Inventario STOCK suero antiofidico
2	
3	
4	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
En esta inspección se encontró: Ampollas: 6 Lote: 258AP01 Vencimiento: ABR-2029 Fabricante: INS
Observaciones.

ANEXOS FOTOGRÁFICOS DE STOCK DE SUERO ANTIOFÍDICO

ESE CAMU PURISIMA

17/04/2026



 GOBERNACIÓN DE CORDOBA	FORMATO	CODIGO: GMP-P3-F1
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN: 03
	GESTION DE MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACION DEL SIG	FECHA: 01/11/2024
		PÁGINA 2 de 2

CONCLUSIONES				
No	Tarea	Responsable	Período de cumplimiento	Observaciones
	Inspección STOCK	Contratista	Año 1	Ninguna

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES	
Firma: Yaneth Gamacho	Firma: Carlos A. López
Nombre:	Nombre: Carlos A. López
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre: