



TECNICO RESPONSABLE: CARLOS GUZMAN

August 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	2	MES	06	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2413	Sem 20																				
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	23	MES	05	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA:		EMI																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS						Maria Alejandra Tovar Moruno				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		67038499																			
DOMICILIO						Av 700 140 06		BARRIO		Aguacatal		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL																			
						603 - 2				3105391152		COMUNA																			
NOMBRE Y APELLIDOS						Alejandra Tovar				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		41																			
DOMICILIO						Av 700 este 140 06		BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL																			
										3105391152		COMUNA																			
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD																	
CANINO ☒		FELINO ☐										MACHO ☐		HEMбра ☐																	
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN																	
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																															
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA					
		DÍA MES AÑO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO									
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:					
																										LOMAS DEL AGUACATAL RECIBIDO SIN VERIFICAR EL CONTENIDO 2026 JUN, 04 PORTERÍA					
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 5-JUNIO-2026 : No contesta llamada se realiza visita.																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA				ACEPTABLE				FIRMA 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				X				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 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 Ambiental y Salud de enfermos zoonóticos Carlos Gorman - contratista																															

 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	2		MES	06		AÑO	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2414		Sem 21	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	30		MES	5		AÑO	2026		UPGD QUE REPORTA:		Clinica las Ramedios.			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS								Cristian Daniel Banachi Medina								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1061544067				EDAD		27									
DOMICILIO								Cr 44 SS - 39								BARRIO				Aguacatal				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3015713687				COMUNA		1	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS								Anclamento.								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD								EDAD											
DOMICILIO								Bosques del oeste								BARRIO								N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL								COMUNA			

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

E. CONDICIONES SANITARIAS		SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES		SI	NO	ORINA		SI	NO
----------------------------------	--	-----------------------------	--	--------------	--	----	----	-------	--	----	----	-------	--	----	----

F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:	
----------------------------------	--

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

4-06-2026 : Afectado indica que fue agredido por ningún animal, que tuvo una lesión cargando unos bultos de cemento.

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA	
--	--	--	--	-------	--	-----------	--	------------	--

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento antirrábico
5. Animal con enfermedad diferente a	10. Animal agresor diferente a perro o gato (detallar)	15. Teléfono fuera de servicio	20. Notificación inmediata a UPGD

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiental y salud de enfermedades zoonóticas.

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										MMD501.03.11.P003.F006			
														VERSIÓN		001	

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	2		MES:	06		AÑO:	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2415		Sum 21	
FECHA ACCIDENTE RABICO		DÍA:	24		MES:	5		AÑO:	2026		UPGD QUE REPORTA:		Carlos Holmas			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Bryam Steven Murillo Blandon								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 114883886				EDAD: 2	
DOMICILIO: AUS 29-25						BARRIO: Tarron Colorado		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3148666392				COMUNA: 1	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: Maria Fernanda Viveros-abuela.								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				EDAD:	
DOMICILIO: AUSPte 29-25						BARRIO:		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3148666392				COMUNA: 1	

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
5 - Junio - 2026 : Afectado se acerca al canino cuando estaba comiendo y esto lo mordió.
mano izquierda.
Se realizó visita no se ubico dirección; no contestan llamadas
3.456580, - 76.575908.

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA	
--	--	--	--	-------	--	-----------	--	------------	--

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	X 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 antráxico
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 de enfermedades zoonóticas
Carlos Guzman-Contratista.

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

 ALCALDIA 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		DIA	2	MES	06		AÑO		2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°				2416		Sum 21										
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DIA	25	MES	05		AÑO		2026		UPGD QUE REPORTA				Urgencias cali												
A. DATOS DEL AFECTADO																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Juan Paul Ruiz Gonzalez								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				94517181				EDAD		30							
DOMICILIO		CL62A 2A 68M104				BARRIO		Brisas alamos				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3125553661				COMUNA		Z					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																											
NOMBRE Y APELLIDOS		Fernanda Salcedo								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				3136610495				EDAD									
DOMICILIO						BARRIO						N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				COMUNA											
C. DATOS DEL ANIMAL																											
ESPECIE		OTRO-CUAL?				NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD									
CANINO		☒		FELINO										MACHO		☐		HEMBA		☒		X					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDIN		CALLEJERO											
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																											
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1																											
2																											
3																											
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI		NO		HECES		SI		NO		ORINA		SI		NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: S - Junio - 2026 : Renuente - Dirección errada																											
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS										BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA													
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																											
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda															
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis															
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor															
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento 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 Ambiental y Salud de enfermedades zoonóticas Carlos Gozman - Contratista																											

 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	2	MES	06	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2417		Sam 21														
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	26	MES	005	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA:		Sarsalud																
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS		Katharyn Nohelia Ramirez Mosquera					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1006097776		EDAD		25													
DOMICILIO		A03C 47A29		BARRIO		Flora	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3045334557		COMUNA		2													
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS		Brayan Mosquera					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD															
DOMICILIO		C150N 30A33		BARRIO			N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3029400766		COMUNA															
C. DATOS DEL ANIMAL																										
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO		EDAD																
CANINO	☒	FELINO	☐	Carbriara		Dobber ma		MACHO	☐	HEMBRA	☒															
COLOR	Café	TAMAÑO	X.	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	17-09-2026	VACUNADO POR	Jose Hernandez	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA	X	ANTEJARDIN	CALLEJERO												
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
1	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
2																										
3																										
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES		SI	NO	ORINA		SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:								
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 6-05-2026. :Afectada iba pasando y canino lo agredió pierna derecha, Se realizó visita afectada no se encontraba en casa <i>Sin embargo</i> <i>* 16663099</i>																										
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		X		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		X		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 Ambiental y Salud de enfermedades zoonóticas Carlos Guzman-Contratista.																										

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)										MMDS01 03.11 P003 F006			
				OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										VERSIÓN		001	

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	2		MES	06		AÑO	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2418		Sam 21	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	27		MES	05		AÑO	2026		UPGD QUE REPORTA:		Primitivo Iglesias			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS								Arlas Mauricio Gutierrez Cadena				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				14274681				EDAD				50											
DOMICILIO								Kra 33 ^c 34B-29				BARRIO				Flora				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3188957856				COMUNA				2			

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
 6-Junio 2026 : Div errada - Tel apagado

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS				BUENA								ACEPTABLE								INADECUADA							
--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda			
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis			
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada		X		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 Ambiental y salud de enfermedades zoonóticas
 Carlos Guzman- Contratista

 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				MMD501 03 11 P003 F006	
								VERSIÓN	001

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DIA	2	MES	06	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2419	Sam 21
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DIA	25	MES	05	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA	Primitivo Iglesias	

A. DATOS DEL AFECTADO									
NOMBRE Y APELLIDOS						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
Jaime Giovanni Gil Garzon						79874474		56	
DOMICILIO				BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA	
6167 45-20				flora		3003215887		2	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL									
NOMBRE Y APELLIDOS						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
Jaime Gil									
DOMICILIO				BARRIO		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA	
6167 45-20									

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

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 6-Junio-2026 : Dir errada - Telefono Apagado.																							
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS										BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA	
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)															
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda			
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis			
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor			
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento 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 de enfermedades zoonoticas Carlos Guzman - Contratista.													

 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	2	MES	06	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2420	Sam 21
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	30	MES	05	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA	Clud Noa	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Edar Isaac Gomez Pichardo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1104848912	EDAD	6
DOMICILIO	AUGN cl2W	BARRIO	Altos mangos	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3233713781

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS	Sol castro	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	
DOMICILIO	Billar an la y	BARRIO	Batutua	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3218519688

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE	OTRO-CUAL?	NOMBRE	RAZA	SEXO	EDAD
CANINO ☒ FELINO ☐		chan	Labrador	MACHO ☒ HEMBRA ☐	2 A
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL
Negro	X	28 12 25	Veto contro		X

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDIBULA 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					☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		Samuel Castro
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:
 10 - Junio - 2026. : Afectado iba caminando y canino lo agredió en brazo izquierdo

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	X	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 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 Ambiental y salud de of farmu dados zoonoticas
 Carlos Guzman - Contruista

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

 ALCALDIA 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		DIA	2		MES	6		AÑO	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2421		Sam 21	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DIA	27		MES	5		AÑO	2026		UPGD QUE REPORTA		Clinica occidente			

A. DATOS DEL AFECTADO																							
NOMBRE Y APELLIDOS								Santiago Lopez Morales				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1109662824		EDAD		21					
DOMICILIO								AUA 75C 91				BARRIO		Brisas alamos		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3233876597		COMUNA		2	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																							
NOMBRE Y APELLIDOS												N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD							
DOMICILIO												BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				COMUNA			

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

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 10-06-2026 : Afectado iba pasando en la moto y un canino de un parquero de un lo agredió en la pierna derecha. Afectado maneja un camion y se encuentra en bogota recibio 2 dosis del esquema - pendiente dos 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 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 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 Ambiental y salud de enfermedades zoonóticas Carlos Guzman - Contratista														* Se realizo visita 3°30'N 76°30W													

 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	2		MES	6		AÑO	2024		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 2422									
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	24		MES	05		AÑO	2026		UPGD QUE REPORTA: colsubsidio ✓									

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Jeremy Camilo Arroyo Navia								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1108650975								EDAD: 8			
DOMICILIO: CL53 7N 120						BARRIO: Bosque		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3214904794								COMUNA: 2			

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: Angela Quinayas prima								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:								EDAD:			
DOMICILIO: CL53 7N 120						BARRIO:		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL: 3193068336								COMUNA:			

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

E. CONDICIONES SANITARIAS

SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO
-----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----

F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

10-06-2026 : Afectado piso al canino, y este lo agredió en el pie.
Responsable del animal no estaba en casa.

Henry Sembeni
*

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS

BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA
-------	-----------	------------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento 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 Ambiental y salud de enfermedades zoonóticas
Carlos Gozman - Contratista

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																	
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	2	MES	06	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2423		Sam 21																			
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	30	MES	05	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA:		San Juan de Dios																					
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS		Shirley Michael Avila Curpio					N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		ECU0950663013		EDAD		29																		
DOMICILIO		Kv 4 18-57			BARRIO		Hotel las palmas		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA		3																		
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS							N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD																				
DOMICILIO					BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		COMUNA																				
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD																			
CANINO		☒		FELINO						MACHO		HEMBA																			
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN	CALLEJERO																
D. VALORACIÓN SIGNOLÓGICA																															
VISITA		FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA					
		DÍA MES AÑO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO									
1																															
2																															
3																															
E. CONDICIONES SANITARIAS														SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI NO		HECES		SI NO		ORINA		SI NO		F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:			
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:																															
10-06-2026														: No conocen a la afectada en el hotel.																	
																															
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS														BUENA		ACEPTABLE		INADECUADA													
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)																															
1. Animal sano vacunado				6. Animal sacrificado				11. Agresión por murciélago				16. Menor de edad en vivienda																			
2. Animal sano no vacunado				7. Animal muerto				12. El responsable del animal no se encontraba en casa				17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis																			
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada		☒		18. Agresión por roedor																			
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antráxico																			
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 Ambiental y Salud de enfermedades zoonóticas Carlos Guzman-Contratista																															

 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	2	MES	06	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2424	Sam 9
FECHA ACCIDENTE RABICO	DÍA	6	MES	03	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA	Gora Pasoancho	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	Juan Estaban Aldana Perez			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1109935775	EDAD	9	
DOMICILIO	Auznte 38 N 95		BARRIO	alameda.	N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3116405273.	COMUNA	3.

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

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

C. DATOS DEL ANIMAL

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

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

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

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

4 Junio - 2026 : Direccion errada - Tal apagado

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS	BUENA	ACEPTABLE	INADECUADA
--	-------	-----------	------------

H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los números correspondientes de acuerdo a la observación)

1. Animal sano vacunado	6. Animal sacrificado	11. Agresión por murciélago	16. Menor de edad en vivienda
2. Animal sano no vacunado	7. Animal muerto	12. El responsable del animal no se encontraba en casa	17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis
3. Animal no observable	8. Animal no estaba en casa	13. Dirección errada	18. Agresión por roedor
4. Animal con síntomas de rabia	9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis	14. Teléfono errado	19. Paciente en tratamiento 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 Ambiental y salud de enfermedades
 260 noticas
 Carlos Gozman - Contratista.

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO										MMS01.03.11.P003.F006												
														VERSIÓN		001										
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	1		MES	6		AÑO	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2469		Sem 22											
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	1		MES	6		AÑO	2026		UPGD QUE REPORTA:		Sura eps													
A. DATOS DEL AFECTADO																										
NOMBRE Y APELLIDOS										Juan Jose Medina Galindo				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1232807917		EDAD		7 A						
DOMICILIO										A07A SG-128				BARRIO		10		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3 217313120		COMUNA		2		
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																										
NOMBRE Y APELLIDOS										Maryori				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				EDAD								
DOMICILIO										A07A SG-128 103T1				BARRIO				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		321 7313120		COMUNA		2		
C. DATOS DEL ANIMAL																										
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO		EDAD												
CANINO	☒ FELINO			2005				Pastor Australiano				MACHO ☒ HEMBRA ☐		1 A												
COLOR	TAMAÑO	FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO								
Negro	Blanco													X												
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA																										
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO		INCOORDINACIÓN		DIFICULTAD RESPIRATORIA		BABEO		DIFICULTAD PARA TRAGAR		NERVIOSIDAD		MANDÍBULA SUELTA		FEROCIDAD INUSITADA		PARÁLISIS POSTERIOR		SACRIFICADO O MUERTO		NOMBRE DE QUIEN ATIENDE LA VISITA		FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA	
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
1																										
2																										
3																										
E. CONDICIONES SANITARIAS				SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI	NO	HECES		SI	NO	ORINA		SI	NO	F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:								
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES: 6-Junio-2026 : Afectado estaba jugando afuera del apto del canino y canino se salio y lo mordio en la espalda.																										
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS BUENA														ACEPTABLE												
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 citacion 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 Ambicinto y salud enfermedades zoonoticas Carlos Guzman-contratista																										

EDIFICIO TORRES DE VENTA
 NIT. 900 624 130
 REGISTRO