

 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: 9	MES: 6	AÑO: 2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2502		Sem 22																						
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 4	MES: 6	AÑO: 2026	UPGD QUE REPORTA:		Rafael Uribe Uribe																								
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS				Jhon Sebastian Zapata Baquero				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1151950314				EDAD		32													
DOMICILIO				Kr 5 26-05				BARRIO				Terron C.				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3158697295		COMUNA		1							
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS				Oscar.				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD								EDAD															
DOMICILIO								BARRIO								N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3226123684		COMUNA											
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD															
CANINO	☒	FELINO	☐	Amada Hernandez				American Bully				MACHO		☐		HEMBRA		☒		34											
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO													
Gris café.		☒		16 02 2026		Agro veterinaria El palmar.								☒																	
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: 10-Junio-2026 : Telefono Apagado - Direccion errada. - Davelwan llamada 12-Junio-2026 : Afectado estaba descargando una verdura en su trabajo y un canino lo agredio en la pierna derecha. * Viviano Patricia Rojas Gasca 31572384																															
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.																															

 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: 9	MES: 6	AÑO: 2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°: 2503		Sem 22	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA: 31	MES: 05	AÑO: 2026	UPGD QUE REPORTA: Clinica occidente			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: Sandra Isabel Rodriguez Duarte				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 31322554				EDAD: 42	
DOMICILIO: clso 14-04				BARRIO: Aguacatal				COMUNA: 1	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS: Hector Escarria				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				EDAD:	
DOMICILIO: clso 14-04				BARRIO: Aguacatal				COMUNA: 1	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE:		OTRO-CUAL?		NOMBRE:				RAZA:		SEXO:		EDAD:	
CANINO	FELINO	X		Kaion				mz		MACHO X HEMBRA		24	
COLOR:		TAMAÑO:		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA:		VACUNADO POR:		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL:		PERMANENCIA DEL ANIMAL:		VIVIENDA: X ANTEJARDÍN CALLEJERO	
Blanco													

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 PERCIEN:	MALOS OLORES	SI	NO	HECES	SI	NO	ORINA	SI	NO
----------------------------	--------------	----	----	-------	----	----	-------	----	----

F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
12-JUNIO-2026: Afectada por a impedir que cazara una Iguana y esta lo agredio dando pulgar izquierdo, felino estaba enfermo de los pulmones.
*** Sandra Isabel Rodriguez**
Animal fue sacrificado 6 Junio 2026.

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	X	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 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 cel: 3043334919

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI	DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)				MMD501.03.11.P003.F006	
			OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO				VERSIÓN	001
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS	DÍA	9	MES	6	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°	2904 Sam 22
FECHA ACCIDENTE RÁBICO	DÍA	31	MES	5	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA:	Los Rumadíos
A. DATOS DEL AFECTADO								
NOMBRE Y APELLIDOS					Ascanath Fernandez Velasco		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	31943630
DOMICILIO					c120 4A 130		BARRIO	Tarron c.
							N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3054846354
EDAD					60		COMUNA	1
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL								
NOMBRE Y APELLIDOS					Ascanath Fernandez		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DOMICILIO					c120 4A 130		BARRIO	Tarron
							N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL	3054846354
EDAD							COMUNA	1
C. DATOS DEL ANIMAL								
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE		RAZA		SEXO
CANINO	☒	FELINO	☐	Amelia		Mz		MACHO ☐ HEMBRA ☒
COLOR	TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA	VACUNADO POR	N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL	PERMANENCIA DEL ANIMAL	VIVIENDA	ANTEJARDÍN
Blanco N	X		21 02 26	CZ			X	
D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA								
VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN		PÉRDIDA DE APETITO	INCOORDINACIÓN	DIFICULTAD RESPIRATORIA	BABEO	DIFICULTAD PARA TRAGAR	NERVIOSIDAD
	DÍA	MES	AÑO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
1				☒	☒	☒	☒	☒
2								
3								
E. CONDICIONES SANITARIAS								
SE EVIDENCIA O SE PERCIBEN:		MALOS OLORES		SI NO	HECES	SI NO	ORINA	SI NO
F. MOTIVO DE LA AGRESIÓN:								
G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:								
11-Junio-2026: Afectada fue a sopapar una pata de sus caninos y fue agredida en la mano derecha.								
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 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)						MMDS01.03.11.P003.F006			
				OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO						VERSIÓN		001	

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	9	MES:	6	AÑO:	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2505 Sam 22	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA:	31	MES:	05	AÑO:	2026	UPGD QUE REPORTA:		clinica occidente.	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS		Wilson Mafla Gutierrez				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1144194576		EDAD		30			
DOMICILIO		cl30AO 641		BARRIO		Invasion Ullamar		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		cl30AO-3206559125		MUNA		1	

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		☐		HEMERA		☐	
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA		ANTEJARDÍN		CALLEJERO			
																☒			

D. VALORACIÓN SIGNOLOGÍA

VISITA	FECHA DE OBSERVACIÓN			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:
 12 JUNIO 2026 : Afectado fue a separar una peluca de caninos callejeros, y resulto agredido en el
 vóstra labio superior, mejilla izquierda.
 Afectado con tratamiento rabico pendiente 1 dosis 16 Jun - 2026

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

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

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

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI		DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)						MMD801.03.11.P003.F006			
		OBSERVACIÓN DE ACCIDENTES RÁBICOS EN DOMICILIO						VERSIÓN		001			

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	9		MES	06		AÑO	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2506		Sam 22	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	5		MES	06		AÑO	2026		UPGD QUE REPORTA:		EMI			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS				Viviana Caballos Quesada				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				31919521				EDAD		62									
DOMICILIO				CL61Nte 2C09				BARRIO				Ciudad Alamos.				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3166064725				COMUNA		2.	

B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL

NOMBRE Y APELLIDOS				Viviana Caballos Quesada				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				31919521				EDAD		62									
DOMICILIO				CL61N 2C09				BARRIO				Ciudad Alamos				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3166064725				COMUNA		2.	

C. DATOS DEL ANIMAL

ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD	
CANINO ☒ FELINO				matro				mz				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	10	Jun	2026		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		*VIVIANA CABALLOS
2	12	Jun	2026		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		☒		
3																									

E. CONDICIONES SANITARIAS

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

G. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:
10-Junio-2026 : Afectada cargo al canino y este la agredio boco Labio superior
No presantan carne de vacunacion.
Se programa vacunacion 17 Junio 10 AM.

RESULTADO DE CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS

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

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

1. Animal sano vacunado		6. Animal sacrificado		11. Agresión por murciélago		16. Menor de edad en vivienda	
2. Animal sano no vacunado		7. Animal muerto		12. El responsable del animal no se encontraba en casa		17. Se deja citación para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis	
3. Animal no observable		8. Animal no estaba en casa		13. Dirección errada		18. Agresión por roedor	
4. Animal con síntomas de rabia		9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis		14. Teléfono errado		19. Paciente en tratamiento 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
Tupon al ojo.
Grupo Ambiental y Salud de enfermedades zoonoticas
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										MMDS01.03.11.P003.F006			
				VERSIÓN				001									

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	9		MES	06		AÑO	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2507 - Sum 22	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	1		MES	06		AÑO	2026		UPGD QUE REPORTA:		Joaquin Paz Borrero.	

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS				Juan Jose Pacateque Sandoval				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1003895838				EDAD		24									
DOMICILIO				c/SS 3A40				BARRIO				Versallias.				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3114158381				COMUNA		Z.	

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																			
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-Jun-2026 : Afectado fue agredido por canino sin causa aparente Gluteo izquierdo pendiente 1 dosis.

**Ana Ventura Cuervo*

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

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

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

I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y salud 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										MMD501 03 11 P003 F006			
												/EPS/IN		301			

FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA:	9		MES:	06		AÑO:	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2508		Sum 22	
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA:	3		MES:	06		AÑO:	2026		UPGD QUE REPORTA		Jaquin Paz berrero			

A. DATOS DEL AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS								JUAN FERNANDO RODRIGUEZ AGUDELO								N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1004798589				EDAD		26									
DOMICILIO								Cra 1A23 72-85								BARRIO				Flora.				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3027754246				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						HEMERA					
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL				VIVIENDA		ANTECEDENTES		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:

10-Junio-2026. : Tal apagado - Div. 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 dejó el animal para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis			
3. Animal no observable				8. Animal no estaba en casa				13. Dirección errada				18. Agresión por roedor			
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento antirrábico			
5. Animal con enfermedad diferente a				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a UPGD			

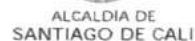
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Grupo Ambiente y salud 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				MIMDS01 03 11 P003 F006																											
								VERSIÓN	001																										
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	9	MES	06	AÑO	2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2509	Sam 20																								
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	21	MES	05	AÑO	2026	UPGD QUE REPORTA		EMI																									
A. DATOS DEL AFECTADO																																			
NOMBRE Y APELLIDOS						Mary Holana Escobar londoño			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31926549	EDAD	61																						
DOMICILIO				c/38 Ante 2557.		BARRIO		Prados Norte.		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3162995869	COMUNA	2																					
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																																			
NOMBRE Y APELLIDOS						Mary Escobar			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		31926549	EDAD	61																						
DOMICILIO				c/38 Ante 2557		BARRIO		Prados Norte		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		3162995869	COMUNA	2																					
C. DATOS DEL ANIMAL																																			
ESPECIE		OTRO-CUAL?		NOMBRE				RAZA		SEXO		EDAD																							
CANINO		☒ FELINO		Tino				MZ		MACHO		☒ HEMBRA																							
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR		N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL		PERMANENCIA DEL ANIMAL		VIVIENDA																							
Negro		M		☒ 12 03 26		C7		3162995869		☒		☒																							
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: 16 - Junio - 2026 : Afectada prandio la licuadora y canino se asusto y la agreda por una izquierda. Canino se encuentra en la finca.																																			
RESULTADO DE CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS												BUENA				ACEPTABLE				INADECUADA															
H. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN (marque los numeros 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 mordida																							
4. Animal con síntomas de rabia				9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis				14. Teléfono errado				19. Paciente en tratamiento ambulatorio																							
5. Animal con enfermedad diferente a				10. Animal agresor difente a perro o gato (detallar)				15. Teléfono fuera de servicio				20. Notificación inmediata a la PSE																							
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																																			
Grupo Ambiente 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										MMDSN° 03 11 P003 F006 VERSIÓN 30*															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA	9		MES	06		AÑO	2026		FICHA EPIDEMIOLÓGICA N°		2510		Sem 21														
FECHA ACCIDENTE RÁBICO		DÍA	24		MES	05		AÑO	2026		UPGO QUE REPORTA		CS. Siloe																
A. DATOS DEL AFECTADO																													
NOMBRE Y APELLIDOS										Kyliam Vargas Angulo				N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		123 282 3618		EDAD		3									
DOMICILIO										Kr 4 Oeste 45				BARRIO		Normandia		N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL		316 0554 001		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		☐		HEMBA		☐											
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				
	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:																													
12-JUNIO-2026: Tal apagado - Dir 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 leja el animal 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 miedo																	
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 UPGO																	
I. POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD																													
Grupo Ambiente 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																	
														/EPISIÓN		201															
FECHA REPORTE EN CENTRO DE ZOONOSIS		DÍA: 9	MES: 6	AÑO: 2026	FICHA EPIDEMIOLÓGICA N° 2511										Sam 22																
FECHA ACCIDENTE RÁBICO:		DÍA: 2	MES: 6	AÑO: 2026	UPGD QUE REPORTA										Clinica de Occidente.																
A. DATOS DEL AFECTADO																															
NOMBRE Y APELLIDOS				Norbert Paul Toro Contreras.						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				Van 5897417				EDAD		15											
DOMICILIO				cl 56 Nte 9-18.						BARRIO				Inv Camib Torres.				N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL				3024889859				COMUNA		4			
B. DATOS DEL RESPONSABLE DEL ANIMAL																															
NOMBRE Y APELLIDOS				SD						N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				SD				EDAD		SD											
DOMICILIO										BARRIO								N° DE TELÉFONO FIJO / MÓVIL								COMUNA					
C. DATOS DEL ANIMAL																															
ESPECIE		OTRO-CUAL?				NOMBRE				RAZA				SEXO				EDAD													
CANINO		☒		FELINO		SD								MACHO				☐		HEMBRA		☐									
COLOR		TAMAÑO		FECHA VAC. ANTIRRÁBICA		VACUNADO POR				N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ANIMAL				PERMANENCIA DEL ANIMAL				VIVIENDA		ANTEJARDIN		CALLEJERO									
		G M R		C A M A																				☒							
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: 12 Junio 2026: Afectado iba a recoger las llaves y canino lo agredió cara Labio Superior. el 16 de junio recibe ultima dosis. * Leedy Contreras																															
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 atención para que el responsable acuda al Centro de Zoonosis							
3. Animal no observable								8. Animal no estaba en casa								13. Dirección errada								18. Agresión por mordida							
4. Animal con síntomas de rabia								9. Animal debe observarse en el Centro de Zoonosis								14. Teléfono errado								19. Paciente en tratamiento 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.																															



REGISTRO FICHAS DE EPIDEMIOLOGIA

CARLOS GUZMAN

[illegible]