



FORMATO NACIONAL PARA BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS

--	--	--	--

FORMATO No.

--

No. SISTEMA

DILIGENCIAMIENTO

LUGAR _____

DEPARTAMENTO _____ CIUDAD – MUNICIPIO _____ INSP. DE POLICÍA _____ CORREGIMIENTO _____ BARRIO _____

DÍA MES AÑO HORA (00 A 24)

ENTIDAD _____

INFORMACIÓN DEL DESAPARECIDO

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS _____ APODOS (ALIAS) _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

PAÍS _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD – MUNICIPIO _____

FECHA DE NACIMIENTO SEXO F M ESTATURA APROXIMADA CM

DÍA MES AÑO EDAD

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO U. LIBRE SEPARADO VIUDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C. C. C. E. T. I. R. C. PASAPORTE OTRO ¿CUÁL? _____ No. _____

LATERALIDAD: ZURDO DIESTRO GRUPO SANGUÍNEO _____ RH _____

DOMICILIO HABITUAL _____ TEL.: _____

PAÍS _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD – MUNICIPIO _____ BARRIO _____

DIRECCIÓN _____

DOMICILIO OCASIONAL _____ TEL.: _____

PAÍS _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD – MUNICIPIO _____ BARRIO _____

DIRECCIÓN _____

INFORMACIÓN FINANCIERA: CUENTA CORRIENTE No. _____ ENTIDAD _____

CUENTA DE AHORROS No. _____ ENTIDAD _____

TARJETA DE CRÉDITO No. _____ ENTIDAD _____

OTROS _____ No. _____ ENTIDAD _____

ESCOLARIDAD Y/O ACTIVIDAD ACADÉMICA ACTUAL

PRIMARIA SECUNDARIA UNIVERSITARIOS TÉCNICOS LICENCIATURAS OTROS: _____

ESTABLECIMIENTO _____ PROFESIÓN _____

NIVEL _____ ÚLTIMO AÑO CURSADO

OCUPACIÓN

OCUPACIÓN U OFICIO AL TIEMPO DE LA DESAPARICIÓN _____

EMPRESA _____ CARGO _____ ANTIGÜEDAD AÑOS

CIUDAD _____ DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

JEFE INMEDIATO _____

ACTIVIDAD LABORAL ANTERIOR _____

EMPRESA _____ CARGO _____ TELÉFONO _____

CIUDAD _____ DIRECCIÓN _____

FECHA DE RETIRO

DÍA MES AÑO

PERTENENCIA GRUPAL

ETNIA _____ ONG _____

SINDICALISTA _____ REINSERTADO _____

GRUPO RELIGIOSO _____ ORGANISMOS ESTATALES _____

GRUPO DERECHOS HUMANOS _____ OTROS _____

ANTECEDENTES JUDICIALES

MES AÑO DELITO _____ CENTRO DE RECLUSIÓN _____

MES AÑO DELITO _____ CENTRO DE RECLUSIÓN _____

UTILICE LAS HOJAS NECESARIAS PARA COMPLETAR LA INFORMACIÓN

DESCRIPCIÓN MORFOLÓGICA

CONTEXтура OBESA <input type="checkbox"/> ROBUSTA <input type="checkbox"/> ATLÉTICA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> PESO _____ Kg		CARA CONTRONO REDONDO <input type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> ASIMÉTRICO <input type="checkbox"/> COLOR DE LA PIEL ALBINO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> TRIGUEÑO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> MORENO <input type="checkbox"/> AMARILLO <input type="checkbox"/> PARTICULARIDAD ACNÉ <input type="checkbox"/> CIC. ACNÉ <input type="checkbox"/> MANCHADA <input type="checkbox"/> PECOSA <input type="checkbox"/>		COLOR ALBINO <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> CASTAÑO <input type="checkbox"/> ROJIZO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> TINTURADO <input type="checkbox"/> LONGITUD RAPADO <input type="checkbox"/> CORTO <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> LARGO <input type="checkbox"/> COLOR _____		CABELLO FORMA LACIO <input type="checkbox"/> LISO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> LANOSO <input type="checkbox"/> CRESPO <input type="checkbox"/> PARTICULARIDAD BISONÉ <input type="checkbox"/> TRASPLANTE <input type="checkbox"/> CALVICIE TOTAL <input type="checkbox"/> CORONAL <input type="checkbox"/> FRONTO CORO. <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> BILATERAL <input type="checkbox"/> PELUCA <input type="checkbox"/>					
COLOR MIEL <input type="checkbox"/> CAFÉS <input type="checkbox"/> GRISES <input type="checkbox"/> AZULES <input type="checkbox"/> VERDES <input type="checkbox"/> TAMAÑO GRANDES <input type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> PEQUEÑOS <input type="checkbox"/>		OJOS PARTICULARIDAD OJO DE VIDRIO <input type="checkbox"/> FALTA OJO IZQ. <input type="checkbox"/> FALTA OJO DER. <input type="checkbox"/> DIFERENTE COLOR <input type="checkbox"/> LENTE DE CONTACTO <input type="checkbox"/> PÁRPADO CAÍDO <input type="checkbox"/> USA GAFAS <input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/> BIZCO <input type="checkbox"/> CIEGO <input type="checkbox"/>		NARIZ DES. DERECHA <input type="checkbox"/> DES. IZQUIERDA <input type="checkbox"/> ACHATADA <input type="checkbox"/> OPERADA <input type="checkbox"/> BOCA GRANDE <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> PEQUEÑA <input type="checkbox"/>		BARBA SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CAPILARIDAD POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADA <input type="checkbox"/> LONGITUD LARGA <input type="checkbox"/> CORTA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> RASURADA <input type="checkbox"/> ESTILO CHIVERA <input type="checkbox"/> CANDADO <input type="checkbox"/> PATILLAS <input type="checkbox"/> PARTICULARIDAD CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/>		BIGOTE SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CAPILARIDAD POBLADO <input type="checkbox"/> DESPOBLADO <input type="checkbox"/> LONGITUD LARGO <input type="checkbox"/> CORTO <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> RASURADO <input type="checkbox"/> PARTICULARIDAD CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/>		OREJAS PELUDAS <input type="checkbox"/> PERFORADAS <input type="checkbox"/> PRÓTESIS AUDITIVA <input type="checkbox"/>	

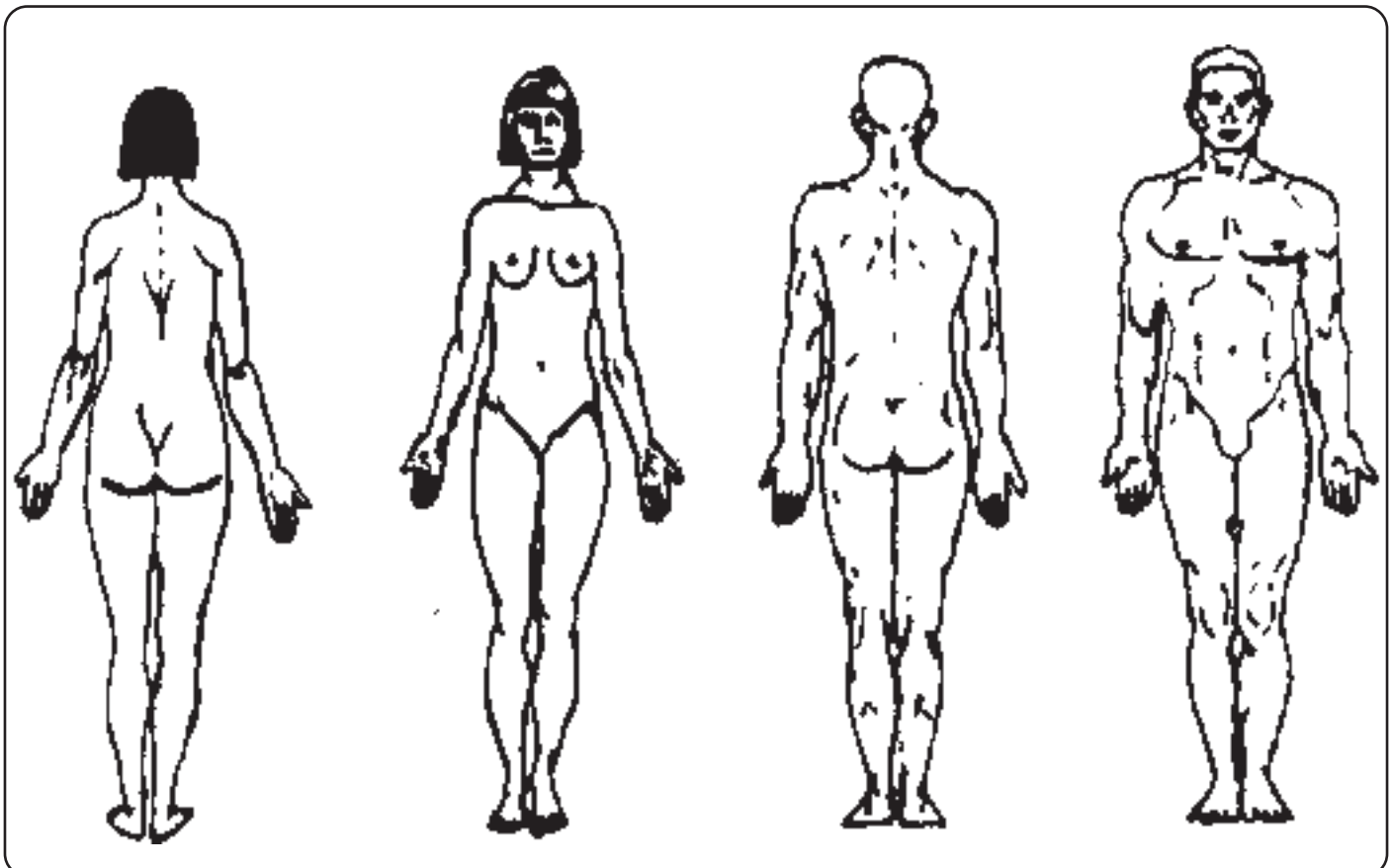
SEÑALES PARTICULARES

TIPO	SÍ	UBICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
LUNARES			
PECAS			
MANCHAS			
QUEMADURAS			
TATUAJES			
CICATRICES			
HERIDAS EN CICATRIZACIÓN			
PRÓTESIS			
MALFORMACIONES			
DISCAPACIDADES			
AMPUTACIONES			
PRESENTA ESTRÍAS			
CALLOSIDADES			
VELLOSIDAD			
UÑAS ENCARNADAS			
UÑAS MORDIDAS			
UÑAS PINTADAS			
UÑAS ARTIFICIALES			
AUSENCIA DE UÑAS			

DISTRIBUCIÓN GRÁFICA

MARQUE DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONVENCIONES EL SITIO DONDE USTED LOCALIZA CON EXACTITUD LAS SEÑALES PARTICULARES Y EN LA PARTE DEL GRÁFICO DESCRIBA CLASE Y FORMA DE LA SEÑAL REFERENCIADA, ASÍ:

TATUAJES	CICATRICES	LUNARES	MANCHAS	AMPUTACIONES	MALFORMACIONES	QUEMADURAS	PRÓTESIS	VERRUGAS	FRACTURAS
<< T >>	<< C >>	<< L >>	<< M >>	<< A >>	<< ML >>	<< Q >>	<< P >>	<< V >>	<< F >>



PRENDAS DE VESTIR		CON PRENDAS <input type="checkbox"/>			SIN INFORMACIÓN <input type="checkbox"/>
PRENDAS	MATERIAL	COLOR	TALLA	MARCA	OBSERVACIONES
CHAQUETA					
SACO					
BUSO					
BLUSA					
CAMISA					
CAMISETA					
PANTALÓN <input type="checkbox"/> CORTO <input type="checkbox"/>					
UNIFORME CIVIL <input type="checkbox"/> MILITAR <input type="checkbox"/>					
FALDA					
TRAJE H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
INTERIORES H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
BRASSIER					
MEDIAS CORTAS <input checked="" type="checkbox"/> VELADAS <input type="checkbox"/>					
TENIS					
BOTAS					
ZAPATOS					
OTROS (JOYAS Y ELEMENTOS)					

OTROS ACCESORIOS: CINTURÓN SOMBRERO PANTUFLAS ENAGUAS SANDALIAS CORBATA PONCHO RUANA

ANTECEDENTES MÉDICOS	PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO
CIRCUNCISIÓN <input type="checkbox"/> FRACTURAS <input type="checkbox"/> CIRUGÍAS _____	PLATINOS <input type="checkbox"/> MARCAPASOS <input type="checkbox"/> TORNILLOS <input type="checkbox"/> PRÓTESIS <input type="checkbox"/>
EMBARAZO: CESÁREA No. <input type="checkbox"/> PARTO NATURAL No. <input type="checkbox"/> ABORTO No. <input type="checkbox"/>	PLANIFICACIÓN: LIGADURA <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> VASECTOMÍA <input type="checkbox"/> IMPLANTE (NORPLANT) <input type="checkbox"/>
MÉDICO TRATANTE O ÚLTIMO MÉDICO AL QUE ASISTIÓ _____	TRASTORNO MENTAL _____
DIRECCIÓN _____	TELÉFONOS _____
INSTITUCIÓN _____	CIUDAD _____
ENFERMEDAD ACTUAL _____	MEDICAMENTOS QUE CONSUMÍA _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS						
CALZAS	ORIGEN	POSICIÓN	PERFIL	ESTADO	AUSENCIAS DENTARIAS	
PUENTE <input type="checkbox"/>	NATURAL <input type="checkbox"/>	SEPARADOS <input type="checkbox"/>	CÓNCAVO <input type="checkbox"/>	CUIDADOS <input type="checkbox"/>	ANTERIORES <input type="checkbox"/>	
CAJA <input type="checkbox"/>	ARTIFICIAL <input type="checkbox"/>	ORDENADOS <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/>	DESCUIDADOS <input type="checkbox"/>	POSTERIORES <input type="checkbox"/>	
BRACKETS <input type="checkbox"/>	AMBAS <input type="checkbox"/>	APIÑADOS <input type="checkbox"/>	CONVEXO <input type="checkbox"/>		SUPERIORES <input type="checkbox"/>	
IMPLANTE <input type="checkbox"/>	SIN <input type="checkbox"/>				INFERIORES <input type="checkbox"/>	
CHAQUETA O CORONA <input type="checkbox"/>						
ODONTÓLOGO TRATANTE _____	INSTITUCIÓN _____					
DIRECCIÓN _____	TELÉFONOS _____		CIUDAD _____			
OBSERVACIONES _____						

DATOS RELATIVOS A LA DESAPARICIÓN				DÍA DE LA SEMANA EN QUE DESAPARECIÓ									
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO	HORA (00 A 24)	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO O CIUDAD						
CORREGIMIENTO O VEREDA	INSPECCIÓN DE POLICÍA		BARRIO		DIRECCIÓN								
BREVE DESCRIPCIÓN DEL HECHO: _____													

UTILICE LAS HOJAS NECESARIAS PARA COMPLETAR LA INFORMACIÓN

PERSONAS QUE PUEDEN APORTAR DATOS SOBRE EL DESAPARECIDO				
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO

UTILICE LAS HOJAS NECESARIAS PARA COMPLEMENTAR LA INFORMACIÓN

PRESUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD

VOLUNTARIA EXTRAVÍO DELINCUENCIA COMÚN DELINCUENCIA ORGANIZADA
 ORGANIZACIÓN PARAMILITAR _____ BLOQUE _____
 ORGANIZACIÓN GUERRILLERA _____ FRENTE/CUADRILLA/COMISIÓN/COLUMNA _____
 ORGANISMOS ESTATALES EJÉRCITO POLICÍA DAS FISCALÍA/CTI OTROS ¿CUÁLES? _____

CONOCIDO **DESCONOCIDO** **ANTECEDENTES Y HECHOS POSTERIORES A LA DESAPARICIÓN**

DETENCIÓN ALLANAMIENTO HOSTIGAMIENTO AMENAZAS

GESTIONES A FAVOR DEL DESAPARECIDO

HOSPITALES _____
 COMISARÍAS _____
 CENTROS DE RECLUSIÓN _____
 ANCIANATOS _____
 MEDICINA LEGAL, UNIDAD LOCAL _____
 HOGARES DE PASO _____
 BIENESTAR FAMILIAR _____

AUTORIDADES QUE CONOCEN EL HECHO

PROCURADURÍA JUZGADOS POLICÍA DAS FISCALÍA CTI DEFENSORÍA DEL PUEBLO PRESIDENCIA ONG

¿CUÁL? _____

FOTOGRAFÍAS DE FRENTE Y LAS MÁS RECIENTES**DOCUMENTACIÓN APORTADA**

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA HISTORIA CLÍNICA MÉDICA FOTOGRAFÍAS RADIOGRAFÍAS ¿CUÁL? _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD ORIGINAL C. C. T. I. C. E. PASAPORTE OTROS ¿CUÁL? _____

JUDICIALIZADO SÍ NO AUTORIDAD _____ RADICADO _____

RESPONSABILIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

FISCALÍA PONAL MEDICINA LEGAL DEFENSORÍA DEL PUEBLO ONG ¿CUÁL? _____
 CTI SIJÍN INSPECTOR DE POLICÍA PERSONERÍA DAS CIUDAD-MUNICIPIO _____

NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONA EL REPORTE _____ FIRMA _____ CARGO _____ CARNÉ / CÓDIGO / CÉDULA _____

FUENTE DE INFORMACIÓN (REPORTANTE)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS _____
 PARENTESCO CON EL DESAPARECIDO _____ OCUPACIÓN _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD C. C. C. E. T. I. R. C. PASAPORTE OTRO ¿CUÁL? _____ No. _____
 ESTADO CIVIL SOLTERO(A) CASADO(A) UNIÓN LIBRE SEPARADO(A) VIUDO(A)
 DIRECCIÓN _____
 TELÉFONO _____
 PAÍS _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD-MUNICIPIO _____ BARRIO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE QUIEN
SUMINISTRA LA INFORMACIÓN

FIRMA Y HUELLA DE QUIEN SUMINISTRA
LA INFORMACIÓN

ÍNDICE DERECHO

**SEGUIMIENTO DEL CASO
CONSECUTIVO NÚMERO**

--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA _____

HORA _____

EL SEGUIMIENTO SE HACE

TELFÓNICAMENTE SÍ NO NÚMERO DE TELÉFONO _____

PERSONALMENTE SÍ NO DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

OTROS MEDIOS ¿CUÁLES? _____

SE DIALOGÓ CON EL (LA) SEÑOR(A) _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

PARENTESCO CON EL DESAPARECIDO _____

OBSERVACIONES: _____

CONTINÚA DESAPARECIDO SÍ NO FECHA EN QUE APARECIÓ _____

DILIGENCIÓ ACTA DE SUPERVIVENCIA (ENTREVISTA, FOTOGRAFÍAS, CARTA DENTAL Y HUELLAS) SÍ NO

CIRCUNSTANCIAS DE LA APARICIÓN _____

QUIÉN REALIZA EL SEGUIMIENTO _____

FIRMA, CÓDIGO Y/O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FECHA _____

HORA _____

EL SEGUIMIENTO SE HACE

TELFÓNICAMENTE SÍ NO NÚMERO DE TELÉFONO _____

PERSONALMENTE SÍ NO DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

OTROS MEDIOS ¿CUÁLES? _____

SE DIALOGÓ CON EL (LA) SEÑOR(A) _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

PARENTESCO CON EL DESAPARECIDO _____

OBSERVACIONES: _____

CONTINÚA DESAPARECIDO SÍ NO FECHA EN QUE APARECIÓ _____

DILIGENCIÓ ACTA DE SUPERVIVENCIA (ENTREVISTA, FOTOGRAFÍAS, CARTA DENTAL Y HUELLAS) SÍ NO

CIRCUNSTANCIAS DE LA APARICIÓN _____

QUIÉN REALIZA EL SEGUIMIENTO _____

FIRMA, CÓDIGO Y/O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FECHA _____

HORA _____

EL SEGUIMIENTO SE HACE

TELFÓNICAMENTE SÍ NO NÚMERO DE TELÉFONO _____

PERSONALMENTE SÍ NO DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

OTROS MEDIOS ¿CUÁLES? _____

SE DIALOGÓ CON EL (LA) SEÑOR(A) _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

PARENTESCO CON EL DESAPARECIDO _____

OBSERVACIONES: _____

CONTINÚA DESAPARECIDO SÍ NO FECHA EN QUE APARECIÓ _____

DILIGENCIÓ ACTA DE SUPERVIVENCIA (ENTREVISTA, FOTOGRAFÍAS, CARTA DENTAL Y HUELLAS) SÍ NO

CIRCUNSTANCIAS DE LA APARICIÓN _____

QUIÉN REALIZA EL SEGUIMIENTO _____

FIRMA, CÓDIGO Y/O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

NOTA: CON EL PROPÓSITO DE PRACTICAR PRUEBAS DE ADN, FAVOR CONSERVE OBJETOS QUE HAYAN SIDO "EXCLUSIVAMENTE" UTILIZADOS POR EL DESAPARECIDO; EJEMPLOS: PEINES, PEINILLAS, CEPILLO DENTAL. (GUÁRDELOS SECOS EN BOLSA DE PAPEL SELLADA Y ROTULADA).

MECANISMO BÚSQUEDA URGENTE			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FECHA DE SOLICITUD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO	
ENTIDAD U ORGANISMO SOLICITANTE _____				
GESTIONES ADELANTADAS _____				

CONTINÚA DESAPARECIDO			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FECHA EN QUE APARECIÓ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO	
CIRCUNSTANCIAS DE LA APARICIÓN _____				

FORMATO NACIONAL PARA BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS INSTRUCTIVO

1. EL FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO POR SERVIDOR PÚBLICO; POR NINGÚN MOTIVO DEBE SER ENTREGADO A LOS FAMILIARES. SI REQUIEREN CONSTANCIA, SE EXPIDE. DILIGENCIE EN LETRA IMPRENTA Y CON TINTA NEGRA (ESTO, PARA MAYOR NITIDEZ CUANDO SE TOMEN FOTOCOPIAS).
2. NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO Y CONSIGNE LA INFORMACIÓN LO MÁS EXACTA POSIBLE.
3. LA PERSONA REPORTADA COMO DESAPARECIDA DEBE ESTAR INDIVIDUALIZADA. ES INDISPENSABLE REGISTRAR EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE ESTA, SI EXISTE.
4. DESCRIBA EXACTAMENTE LAS SEÑALES PARTICULARES Y LAS PRENDAS DE VESTIR DEL DESAPARECIDO, A FIN DE REALIZAR CRUCE DE INFORMACIÓN CON CADÁVERES NN.
5. UNA VEZ DILIGENCIADO EL FORMATO SE DEBE VERIFICAR LA INFORMACIÓN APORTADA.
6. RECEPCIONE ELEMENTOS PERSONALES QUE SEAN DE USO EXCLUSIVO DEL DESAPARECIDO, SOLAMENTE CUANDO EL CASO AMERITE PRUEBAS DE ADN.
7. PARA LA DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS UTILICE HOJAS ANEXAS NUMERADAS.
8. LAS FOTOGRAFÍAS DEBEN SER NÍTIDAS Y RECIENTES. SI ES POSIBLE, APORTE TAMBIÉN FOTOGRAFÍAS DE LÍNEA DE SONRISA. SOLICITE LA ELABORACIÓN DE UN RETRATO HABLADO CUANDO NO SE APORTEN FOTOGRAFÍAS, O DE PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, CUANDO NO SUMINISTREN FOTOS RECIENTES.
9. HAGA ÉNFASIS EN LA OBTENCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS, RADIOGRAFÍAS Y MODELOS DE ESTUDIO ODONTOLÓGICOS EN YESO, PRÓTESIS DENTALES, HISTORIAS PSIQUIÁTRICAS Y DOCUMENTOS CON HUELLAS.
10. SI SE LOGRA LOCALIZAR CON VIDA AL DESAPARECIDO, FAVOR DILIGENCIAR ACTA DE SUPERVIVENCIA (ENTREVISTA, FOTOGRAFÍA, CARTA DENTAL Y HUELLAS).