



Procuraduría General de la Nación
República de Colombia



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
Derechos humanos, para vivir en paz



Comisión de Búsqueda de personas Desaparecidas

FORMATO NACIONAL PARA BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS

Antes de diligenciar, revise el instructivo que se encuentra al final del formato

DILIGENCIAMIENTO

RADICADO INSTITUCIONAL

No. SIRDEC

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 EDAD AL MOMENTO DE LA DESAPARICIÓN SEXO F M ESTATURA APROXIMADA CM

NOMBRES DE LOS PADRES DEL DESAPARECIDO: _____ Y _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO U. LIBRE SEPARADO VIUDO TIENE HIJOS SI NO CUÁNTOS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. C.E. T.I. R.C. PASAPORTE OTRO ¿CUÁL? _____

NÚMERO DOCUMENTO: _____ EXPEDIDO EN: _____

LATERALIDAD: ZURDO DIESTRO GRUPO SANGUÍNEO _____ RH _____

DOMICILIO HABITUAL _____ PAÍS _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD - MUNICIPIO _____ BARRIO _____ TEL.: _____

DIRECCIÓN _____

DOMICILIO OCASIONAL _____ PAÍS _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD - MUNICIPIO _____ BARRIO _____ TEL.: _____

DIRECCIÓN _____

SEGURIDAD SOCIAL: SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO CUÁL _____ SIN INFORMACIÓN SIN AFILIACIÓN

INFORMACIÓN FINANCIERA: CTA. CORRIENTE CTA. DE AHORROS NÚMERO _____

ENTIDAD _____ CIUDAD _____ OTROS ¿CUÁL? _____

ESCOLARIDAD Y/O ACTIVIDAD ACADÉMICA ACTUAL

PRIMARIA SECUNDARIA UNIVERSITARIOS TÉCNICO TECNOLÓGICOS OTROS: _____

ESTABLECIMIENTO _____ PROFESIÓN _____

DEPARTAMENTO _____ CIUDAD - MUNICIPIO _____ VEREDA _____ 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

GRUPO POBLACIONAL (INDIGENA, AFRODESCENDIENTE) _____ ONG _____

SINDICALISTA _____ REINSERTADO _____

GRUPO RELIGIOSO _____ ORGANISMOS ESTATALES _____

GRUPO DERECHOS HUMANOS _____ OTROS _____

ANTECEDENTES JUDICIALES

MES _____ AÑO _____ DELITO _____ CENTRO DE RECLUSIÓN _____ CIUDAD - MUNICIPIO _____

AUTORIDAD _____ RADICADO _____

OTROS ANTECEDENTES _____

UTILICE LAS HOJAS NECESARIAS PARA COMPLETAR LA INFORMACIÓN

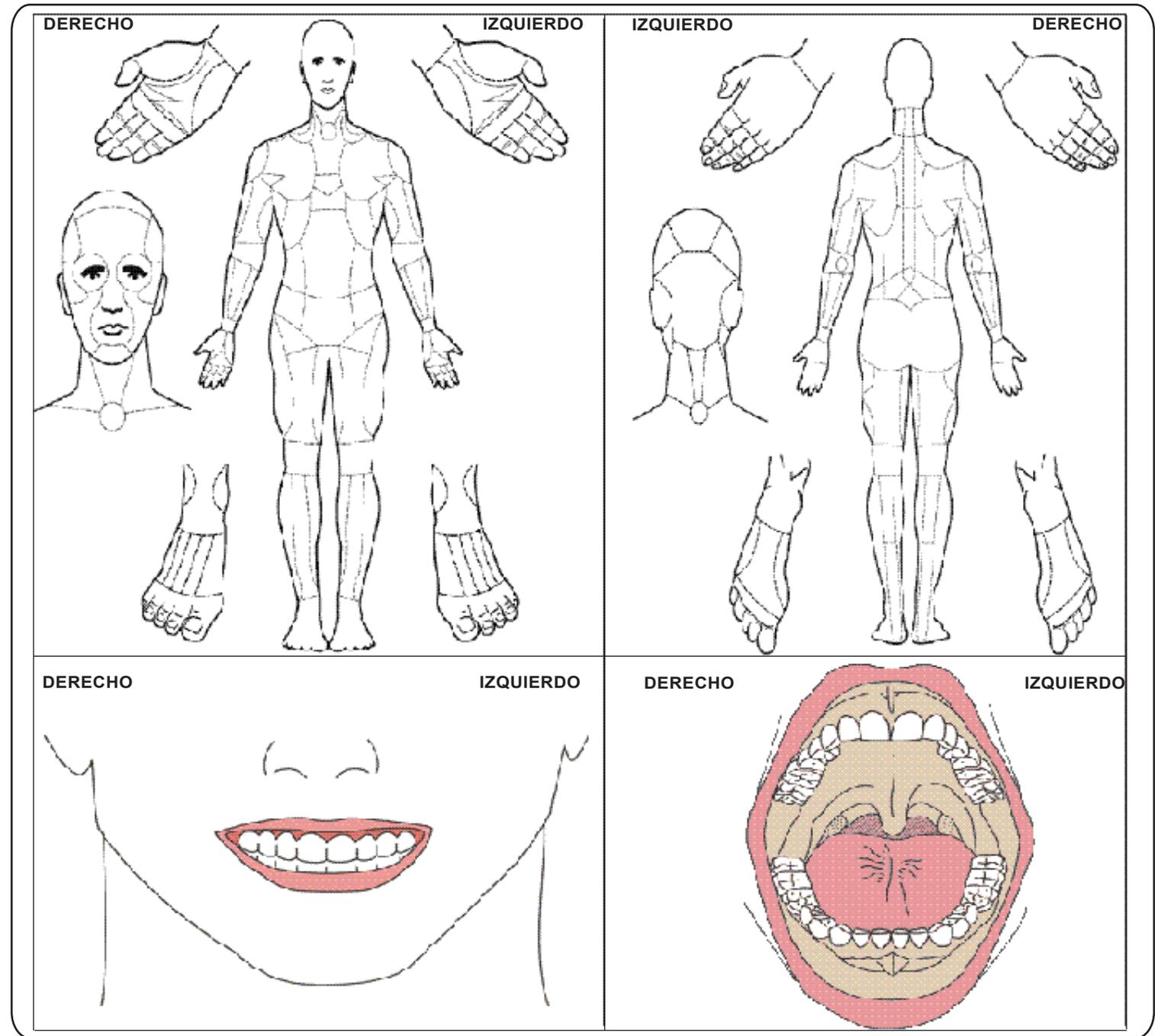
DESCRIPCIÓN MORFOLÓGICA

CONTEXTURA OBESA <input type="checkbox"/> ROBUSTA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/> PESO _____ Kg	CARA CONTORNO REDONDO <input type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> RECTANGULAR <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <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"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>		PARTICULARIDAD ACNÉ <input type="checkbox"/> CIC. ACNÉ <input type="checkbox"/> MANCHADA <input type="checkbox"/> PECOSA <input type="checkbox"/> LUNARES <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>		COLOR ALBINO <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> CASTAÑO CLARO <input type="checkbox"/> CASTAÑO OSCURO <input type="checkbox"/> ROJIZO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> TINTURADO <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>		LONGITUD RAPADO <input type="checkbox"/> CORTO <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> LARGO <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>		FORMA LISO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> LANOSO <input type="checkbox"/> CRESPO <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>		CALVICIE NO TOTAL <input type="checkbox"/> CORONAL <input type="checkbox"/> FRONTO CORO. <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> BILATERAL <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>	
	COLOR ALBINO <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> CASTAÑO CLARO <input type="checkbox"/> CASTAÑO OSCURO <input type="checkbox"/> ROJIZO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> TINTURADO <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>		PARTICULARIDAD BISOÑÉ <input type="checkbox"/> TRASPLANTE <input type="checkbox"/> PELUCA <input type="checkbox"/>		SINTÉTICO <input type="checkbox"/> EXTENSIONES <input type="checkbox"/> RASTA <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>									

OJOS COLOR NEGROS <input type="checkbox"/> 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"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>		PARTICULARIDAD OJO ARTIFICIAL <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"/> SEPARADOS <input type="checkbox"/> OJERAS <input type="checkbox"/>		NARIZ DESV. DERECHA <input type="checkbox"/> DESV. IZQUIERDA <input type="checkbox"/> ACHATADA <input type="checkbox"/> OPERADA <input type="checkbox"/> ALOMADA <input type="checkbox"/> RECTA <input type="checkbox"/> BOCA GRANDE <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> PEQUEÑA <input type="checkbox"/> LABIOS GRUESOS <input type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> DELGADOS <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <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"/> PARTICULARIDAD CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> ROJIZA <input type="checkbox"/> ALBINA <input type="checkbox"/>		ESTILO CHIVERA <input type="checkbox"/> CANDADO <input type="checkbox"/> PATILLAS <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"/> ROJIZO <input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/>		OREJAS PELUDAS <input type="checkbox"/> PERFORADAS <input type="checkbox"/> PRÓTESIS AUDITIVA <input type="checkbox"/> LÓBULO ADHERIDO <input type="checkbox"/> LÓBULO SEPARADO <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>	
---	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DISTRIBUCIÓN GRÁFICA

MARQUE EL SITIO DONDE LOCALIZA CON EXACTITUD LAS SEÑALES PARTICULARES DE ACUERDO CON LAS CONVENCIONES ESTABLECIDAS EN LA SIGUIENTE PÁGINA:



SEÑALES PARTICULARES		CON INFORMACIÓN <input type="checkbox"/>	SIN INFORMACIÓN <input type="checkbox"/>
TIPO	CONVENCIÓN	UBICACIÓN	CARACTERÍSTICAS (Forma, tamaño y color)
AMPUTACIONES	AM		
ACNÉ - CIC. ACNÉ	AC - CAC		
CALLOSIDADES	CA		
CICATRICES	C		
CICATRIZ QUIRÚRGICA	CQ		
DEFORMIDAD	DE		
DISCAPACIDADES	DIS		
ESTRÍAS	E		
FRACTURAS	F		
HERIDA QUIRÚRGICA	HQ		
HERIDAS EN CICATRIZACIÓN	HC		
IMPLANTES ESTÉTICOS	IE		
IMPLANTES QUIRÚRGICOS (Platinos, marcapasos y tornillos)	IQ		
LUNARES	L		
MANCHAS	M		
MALFORMACIONES	MA		
MAQUILLAJE PERMANENTE	MP		
PECAS	P		
PERFORACIÓN	PE		
PIERCING	PI		
PRÓTESIS CORPORAL	PC		
QUEMADURAS	Q		
TATUAJES	T		
UÑAS (Encarnadas, mordidas, pintadas, artificiales, ausencia)	U		
VELLOSIDAD	VL		
VERRUGAS	V		
OTROS (Ampliar información)			

ANTECEDENTES MÉDICOS

ENFERMEDADES FÍSICAS O MENTALES _____ MEDICAMENTOS _____

MÉDICO TRATANTE _____ TELÉFONOS _____

INSTITUCIÓN _____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

CIRUGÍAS _____ FECHA _____

INSTITUCIÓN _____ DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____ CIUDAD _____

EMBARAZO NO SI CESÁREA No. PARTO NATURAL No. ABORTO No.

PLANIFICACIÓN SIN INFORMACIÓN NO SI LIGADURA T VASECTOMÍA IMPLANTE (NORPLANT)

DESCRIPCIÓN _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

CALZAS PUENTE CAJA BRACKETS IMPLANTE (S) CHAQUETA O CORONA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ORIGEN NATURAL <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> AMBAS <input type="checkbox"/>	POSICIÓN SEPARADOS <input type="checkbox"/> ORDENADOS <input type="checkbox"/> APIÑADOS <input type="checkbox"/>	PERFIL CÓNCAVO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> CONVEXO <input type="checkbox"/> RECTO <input type="checkbox"/>	ESTADO CUIDADOS <input type="checkbox"/> DESCUIDADOS <input type="checkbox"/>	AUSENCIAS DENTARIAS ANTERIORES <input type="checkbox"/> POSTERIORES <input type="checkbox"/> SUPERIORES <input type="checkbox"/> INFERIORES <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	--	--	---

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA - ORTODONCIA SI NO RADIOGRAFÍAS SI NO

MODELOS DE ESTUDIO DE ODONTOLOGÍA (PLACAS PARA TRATAMIENTO DE BRUXISMO Y BLANQUEAMIENTO) SI NO ¿OTROS? SI NO CUÁL _____

DESCRIPCIÓN _____

ODONTÓLOGO TRATANTE _____ INSTITUCIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONOS _____ CIUDAD _____

OBSERVACIONES _____

PRESUNCIÓN DE RESPONSABILIDADCONOCIDO DESCONOCIDO

ORGANIZACIÓN PARAMILITAR _____ BLOQUE - UBICACIÓN _____

ORGANIZACIÓN GUERRILLERA _____ FRENTE/CUADRILLA/COMISION/COLUMNA _____

DELINCUENCIA COMÚN _____

ORGANISMOS ESTATALES : EJERCITO POLICÍA DAS FISCALÍA/CTI OTROS ¿CUÁLES? _____**ANTECEDENTES Y HECHOS POSTERIORES A LA DESAPARICIÓN**DETENCIÓN ALLANAMIENTO ATENTADO DESPLAZAMIENTO AMENAZAS SIN INFORMACIÓN **INSTITUCIONES QUE CONOCEN EL HECHO**FISCALÍA CTI POLICÍA DAS MEDICINA LEGAL DEFENSORÍA DEL PUEBLO JUZGADOS
PRESIDENCIA PERSONERIA PROCURADURIA ONG OTRO ¿CUAL? _____ CIUDAD _____**MECANISMO DE BÚSQUEDA URGENTE**SÍ NO FECHA DE SOLICITUD
DÍA MES AÑO

PERSONA, ENTIDAD U ORGANISMO SOLICITANTE _____

GESTIONES ADELANTADAS _____

AUTORIDAD QUE ACTIVA

DEPARTAMENTO - CIUDAD

FECHA DE ACTIVACIÓN

DOCUMENTACIÓN APORTADAHISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA HISTORIA CLÍNICA MÉDICA FOTOGRAFÍAS RADIOGRAFÍAS COPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. C.E. T.I. R.C. PASAPORTE OTRO ¿CUÁL? _____

NÚMERO DOCUMENTO: _____

EXPEDIDO EN: _____

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LAS FOTOGRAFÍAS: SÍ NO JUDICIALIZADO sí no AUTORIDAD _____ RADICADO _____ CIUDAD _____**RESPONSABILIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO**FISCALÍA PONAL MEDICINA LEGAL DEFENSORÍA DEL PUEBLO DIJIN OTRO ¿CUAL? _____
CTI SIJIN PERSONERÍA INSPECTOR DE POLICÍA DAS CIUDAD-MUNICIPIO _____

NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONA EL REPORTE

FIRMA

CARGO

CARNÉ / CÓDIGO / CÉDULA

FUENTE DE INFORMACIÓN (REPORTANTE)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS _____

OCUPACIÓN _____ PARENTESCO CON EL DESAPARECIDO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. C.E. T.I. R.C. PASAPORTE OTRO ¿CUÁL? _____

NÚMERO DOCUMENTO: _____

EXPEDIDO EN: _____

DIRECCIÓN _____

PAÍS

DEPARTAMENTO

CIUDAD - MUNICIPIO

BARRIO

TELÉFONO
FIJOTELÉFONO
CELULAR

NOMBRE DE CONTACTO

TELÉFONOS CONTACTO

FIRMA Y HUELLA DE QUIÉN SUMINISTRA
LA INFORMACIÓN

ÍNDICE DERECHO



SIRDEC : _____

INSTITUCIÓN : _____

**CONSTANCIA DESPRENDIBLE FUENTE DE INFORMACIÓN
(REPORTANTE)/ANEXO**

_____ el día DD / MM / AAAA , en _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD - MUNICIPIO

Entidad, seccional, unidad, dependencia, etc.

fue recepcionado el Formato Nacional para la Búsqueda de Personas Desaparecidas correspondiente a:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

SEGUIMIENTO DEL CASO

DÍA MES AÑO HORA (00 A 24)

EL SEGUIMIENTO SE HACE

TELEFÓNICAMENTE SÍ NO NÚMERO DE TELÉFONO _____

PERSONALMENTE SÍ NO DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

OTROS MEDIOS ¿CUÁLES? _____

SE DIALOGÓ CON _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. C.E. T.I. R.C. PASAPORTE OTRO ¿CUÁL? _____ EXPEDIDO EN _____

PARENTESCO CON EL DESAPARECIDO _____

OBSERVACIONES: _____

CONTINÚA DESAPARECIDO SÍ NO FECHA EN QUE APARECIÓ _____

CIRCUNSTANCIAS DE LA APARICIÓN

VIVO DILIGENCIÓ ACTA DE SUPERVIVENCIA O CONSTANCIA DE APARICIÓN: SI NO

ENTREVISTA FOTOGRAFÍAS REGISTRO ODONTOLÓGICO REGISTRO DACTILAR

MUERTO NOTICIA CRIMINAL _____ ACTA DE INSPECCIÓN A CADÁVER _____

AUTORIDAD _____ RADICADO _____ CIUDAD _____

PROTOCOLO DE NECROPSIA _____ ENTIDAD _____ FECHA _____ CIUDAD _____

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN DACTILOSCÓPIA ODONTOLOGÍA ADN OTRO CUÁL _____

LUGAR DE INHUMACIÓN

_____ FECHA _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD - MUNICIPIO _____ VEREDA _____

CEMENTERIO _____ BÓVEDA - FOSA _____ UBICACIÓN _____ OTRO CUÁL _____

QUIÉN REALIZA EL SEGUIMIENTO _____ NOMBRE Y APELLIDO _____ FIRMA, CÓDIGO Y/O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN _____

INSTRUCTIVO

FORMATO NACIONAL PARA BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS

1. EL FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR SERVIDOR PÚBLICO; EN LETRA IMPRENTA Y TINTA NEGRA. CONSIGNE LA INFORMACIÓN LO MÁS EXACTA POSIBLE. NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO CIERRELOS CON LÍNEAS.
2. LA PERSONA REPORTADA COMO DESAPARECIDO DEBE ESTAR INDIVIDUALIZADA, SE DEBE REALIZAR LA DESCRIPCIÓN MORFOLÓGICA, ANTECEDENTES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS. DESCRIBA EXACTAMENTE LAS SEÑALES PARTICULARES, PRENDAS DE VESTIR Y OBJETOS DEL DESAPARECIDO, A FIN DE REALIZAR CRUCE DE INFORMACIÓN CON CADÁVERES NNs.
3. PARA LA DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS, SI SE REQUIERE, UTILICE HOJAS ANEXAS NUMERADAS.
4. LAS FOTOGRAFÍAS DEBEN SER NÍTIDAS Y RECIENTES A LA FECHA DE LA DESAPARICIÓN. SI ES POSIBLE, SOLICITE FOTOGRAFÍAS DE LÍNEA DE SONRISA, EL ROSTRO Y/O SEÑALES PARTICULARES. PIDA LA ELABORACIÓN DE UN RETRATO HABLADO CUANDO NO SE APORTEN FOTOGRAFÍAS.
5. HAGA ÉNFASIS EN LA OBTENCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS, RADIOGRAFÍAS, MODELOS DE ESTUDIO ODONTOLÓGICOS EN YESO, PRÓTESIS DENTALES, HISTORIAS PSIQUIÁTRICAS Y DOCUMENTOS CON HUELLAS.
6. SI SE LOGRA LOCALIZAR CON VIDA AL DESAPARECIDO, FAVOR DILIGENCIAR ACTA DE SUPERVIVENCIA O CONSTANCIA DE APARICIÓN (ENTREVISTAS, FOTOGRAFÍA, REGISTRO ODONTOLÓGICO Y DACTILAR).
7. UNA VEZ DILIGENCIADO EL FORMATO SE DEBE VERIFICAR LA INFORMACIÓN APORTADA E INGRESAR A LA PLATAFORMA SIRDEC (SISTEMA DE INFORMACIÓN RED DE DESAPARECIDOS Y CADÁVERES)
8. NO EXISTE LEGALMENTE EL TÉRMINO DE 72 HORAS PARA DILIGENCIAR EL FORMATO NACIONAL DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS. EL REPORTE DE DESAPARICIÓN SE DEBE RECIBIR DE FORMA INMEDIATA UNA VEZ OCURRIDO EL HECHO Y DARLE EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE

CONSTANCIA DESPRENDIBLE FUENTE DE INFORMACIÓN (REPORTANTE)/ANEXO

DATOS DE REPORTANTE

NOMBRES Y APELLIDOS

IDENTIFICACIÓN

PARENTESCO CON EL DESAPARECIDO

DATOS DEL FUNCIONARIO A CARGO DEL DILIGENCIAMIENTO Y RECEPCIÓN DEL FORMATO

NOMBRES Y APELLIDOS

CARGO