



# 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 \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: PAÍS \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD - MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
 DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ EDAD AL MOMENTO DE LA DESAPARICIÓN \_\_\_\_\_ SEXO  F  M ESTATURA APROXIMADA \_\_\_\_\_ CM

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

NÚMERO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ EXPEDIDO EN: \_\_\_\_\_

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

LATERALIDAD: ZURDO  DIESTRO  GRUPO SANGUÍNEO \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS PADRES: \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_

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

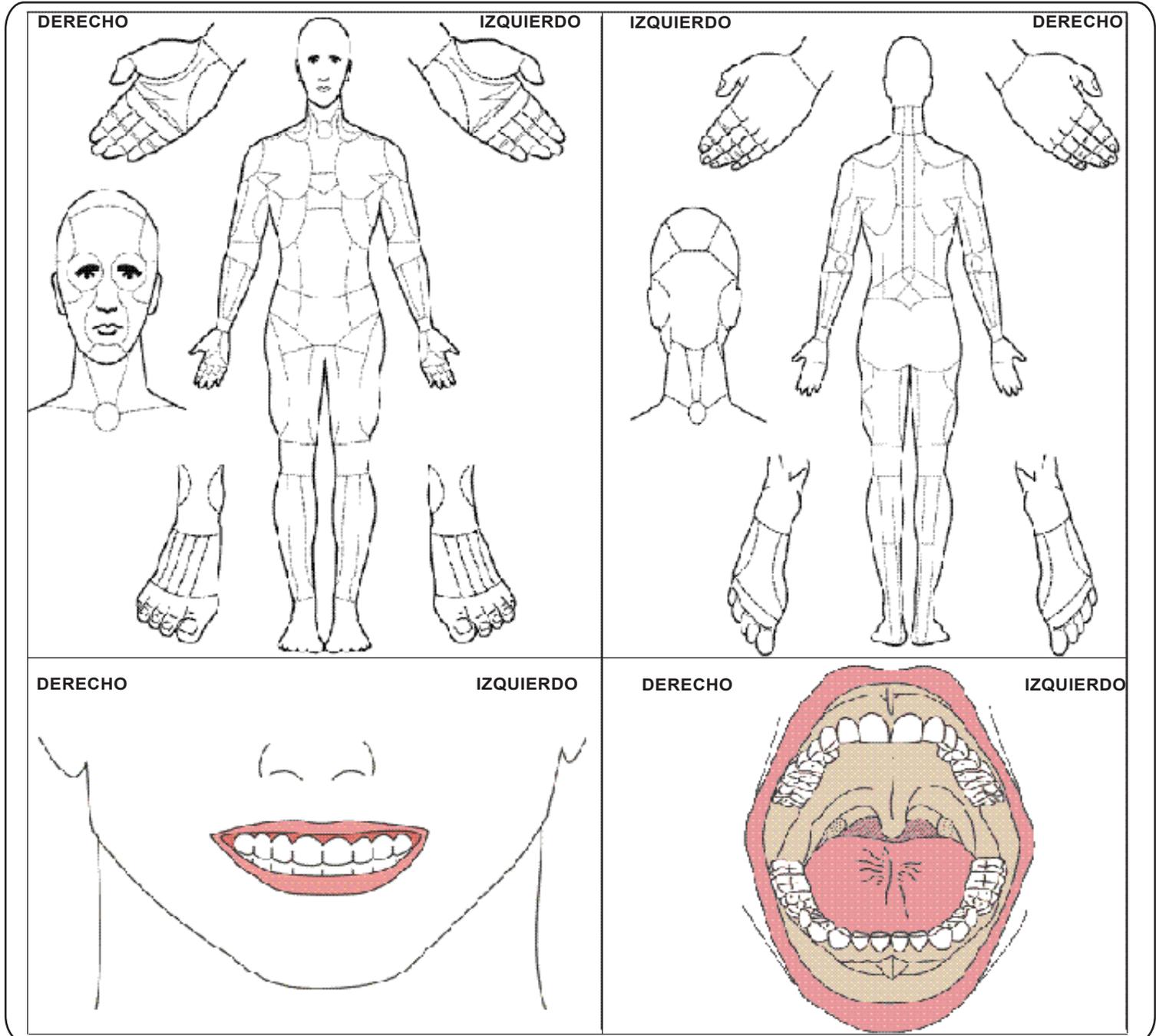
## DESCRIPCIÓN MORFOLÓGICA

<b>CONTEXTURA</b> OBESA <input type="checkbox"/> ROBUSTA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>  PESO _____ Kg	<b>CONTORNO</b> REDONDO <input type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> RECTANGULAR <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>	<b>CARA</b>		<b>PARTICULARIDAD</b> 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"/>	<b>COLOR</b> 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"/>	<b>LONGITUD</b> RAPADO <input type="checkbox"/> CORTO <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> LARGO <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>	<b>CABELLO</b>	<b>FORMA</b> LISO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> LANOSO <input type="checkbox"/> CRESPO <input type="checkbox"/> NO RECUERDA <input type="checkbox"/>	<b>CALVICIE</b> 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"/>
		<b>COLOR DE LA PIEL</b> 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"/>	<b>PARTICULARIDAD</b> BISOÑÉ <input type="checkbox"/> TRASPLANTE <input type="checkbox"/> PELUCA <input type="checkbox"/>						

<b>OJOS</b>		<b>NARIZ</b>		<b>BARBA</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>BIGOTE</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>OREJAS</b>	
<b>COLOR</b> NEGROS <input type="checkbox"/> MIEL <input type="checkbox"/> CAFÉS <input type="checkbox"/> GRISES <input type="checkbox"/> AZULES <input type="checkbox"/> VERDES <input type="checkbox"/>  <b>TAMAÑO</b> GRANDES <input type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> PEQUEÑOS <input type="checkbox"/>	<b>PARTICULARIDAD</b> 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"/>	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"/>  <b>BOCA</b> GRANDE <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> PEQUEÑA <input type="checkbox"/>  <b>LABIOS</b> GRUESOS <input type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> DELGADOS <input type="checkbox"/>	<b>CAPILARIDAD</b> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADA <input type="checkbox"/>  <b>LONGITUD</b> LARGA <input type="checkbox"/> CORTA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> RASURADA <input type="checkbox"/>	<b>ESTILO</b> CHIVERA <input type="checkbox"/> CANDADO <input type="checkbox"/> PATILLAS <input type="checkbox"/>  <b>PARTICULARIDAD</b> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> ROJIZA <input type="checkbox"/> ALBINA <input type="checkbox"/>	<b>CAPILARIDAD</b> POBLADO <input type="checkbox"/> DESPOBLADO <input type="checkbox"/>  <b>LONGITUD</b> LARGO <input type="checkbox"/> CORTO <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> RASURADO <input type="checkbox"/>	<b>PARTICULARIDAD</b> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> ROJIZO <input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	<b>ORIGEN</b> NATURAL <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> AMBAS <input type="checkbox"/>	<b>POSICIÓN</b> SEPARADOS <input type="checkbox"/> ORDENADOS <input type="checkbox"/> APIÑADOS <input type="checkbox"/>	<b>PERFIL</b> CÓNCAVO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> CONVEXO <input type="checkbox"/> RECTO <input type="checkbox"/>	<b>ESTADO</b> CUIDADOS <input type="checkbox"/> DESCUIDADOS <input type="checkbox"/>	<b>AUSENCIAS DENTARIAS</b> 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 RESPONSABILIDAD**CONOCIDO  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 APORTADA**HISTORIA 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 FUENTE DE INFORMACIÓN**

\_\_\_\_\_ el día DD / MM / AAAA , en \_\_\_\_\_

Autoridad Receptora: Entidad, seccional, unidad, dependencia, etc.

DEPARTAMENTO

CIUDAD - MUNICIPIO

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 DESAPARECIDA 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 FUENTE DE INFORMACIÓN

DATOS DEL REPORTANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS

\_\_\_\_\_  
IDENTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO CON EL DESAPARECIDO

DATOS DEL FUNCIONARIO A CARGO DEL DILIGENCIAMIENTO Y RECEPCIÓN DEL FORMATO

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS

\_\_\_\_\_  
CARGO