



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE CUNDINAMARCA
GRUPO TALENTO HUMANO

No. GS-2025-

2335601082

/ CODIT - GUTAH-3.1

Bogotá D.C., 01 de diciembre de 2025

Señor patrullero
ARLEY MUÑOZ GONZÁLEZ
C.C. nro. 1012324070
E-mail: arley.munoz1612@correo.policia.gov.co
Kr 44 E Bis E Este - Quintanarés
Soacha - Cundinamarca

Asunto: notificación por aviso resolución nro. 04004 del 14 /11/2025

En cumplimiento al artículo 69 de la Ley 1437 del 11 de enero de 2011 “Código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo”, se notifica **por aviso** al señor Patrullero **ARLEY MUÑOZ GONZÁLEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía nro. 1012324070 expedida en Bogotá, D.C., del contenido de la resolución nro. 04004 del 14 de noviembre del 2025 “*Por la cual se retira del servicio activo a un personal del Nivel Ejecutivo de la Policía Nacional*”, expedido por la Dirección General de la Policía Nacional, mediante la cual resolvió:

“(…) **ARTÍCULO 1.** Retirar del servicio activo de la Policía Nacional por Solicitud Propia, de conformidad con lo establecido en los artículos 54, 55 numeral 1 y 56 del Decreto Ley nro. 1791 de 2000, al personal del Nivel Ejecutivo que se relaciona a continuación:

PT. ARLEY MUÑOZ GONZÁLEZ, C.C. NRO. 1.012.324.070 DECUN-DIASE

ARTÍCULO 2. Remitir copia de la presente resolución a los Grupos de Talento Humano de las unidades a las cuales se encuentran adscritos los mencionados miembros del Nivel Ejecutivo para la correspondiente notificación y posterior ingreso de la misma a la respectiva historia laboral.

ARTÍCULO 3. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

ARTÍCULO 4. Contra la presente resolución no procede recurso alguno.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C. a los **14 /NOV/2025 (…)**

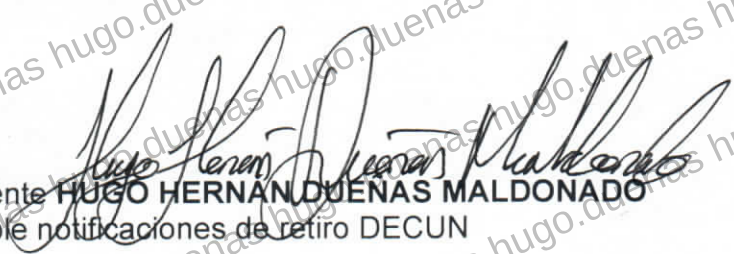
Se le informa al señor patrullero **ARLEY MUÑOZ GONZÁLEZ**, titular de la cédula de ciudadanía nro. **1.012.324.070**, que contra el presente acto administrativo no procede ningún recurso.

Se hace entrega de una copia íntegra y gratuita de la resolución nro. 04004 del 14 de noviembre del año 2025, que se notifica por este medio.

De igual forma se le hace saber que cuenta con un plazo máximo de sesenta (60) días contados a partir de la presente notificación para realizarse los exámenes médicos por retiro, de conformidad con lo establecido en el artículo 8° del Decreto 1796 de 2000, para lo cual debe adelantar las siguientes actividades:

1. Presentarse al área medicina laboral de la dirección de sanidad de la Policía Nacional.
2. Llevar copia de la resolución de retiro y de la notificación del mismo.
3. Anexar oficio para la iniciación de los exámenes médicos por retiro con sus respectivos formatos.

Atentamente,


Subintendente **HUGO HERNÁN DUEÑAS MALDONADO**
Responsable notificaciones de retiro DECUN

Anexo: Copia íntegra de la resolución nro. 04004 del 14/11/2025
Oficio para la iniciación de los exámenes médicos por retiro.
Formato pliego de antecedentes
Formato ficha odontológica
Formato inicio de estudios médicos

Elaborado por: SI. Hugo Hernán Duenas Maldonado – Responsable retiro DECUN
Revisado por: IT. Dapilo Andrés García Ávila – Responsable sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
Fecha de elaboración: 01/12/2025

Carrera 58 nro. 9 – 43 Puente Aranda Bogotá
Teléfonos: 3124550225
decun.gutah-ret@policia.gov.co
www.policia.gov.co



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL

RESOLUCIÓN NÚMERO **04004** DEL **14 NOV. 2025**

"Por la cual se retira del servicio activo a un personal del Nivel Ejecutivo de la Policía Nacional"

EL DIRECTOR GENERAL DE LA POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

En uso de las facultades legales que le confieren los artículos 54, 55 numeral 1 y 56 del Decreto Ley nro. 1791 del 14 de septiembre de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 8 de la Resolución Ministerial nro. 0015 del 11 de enero de 2002, adicionado por el numeral 3 artículo 5 de la Resolución Ministerial nro. 0162 del 27 de febrero de 2002,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. Retirar del servicio activo de la Policía Nacional por Solicitud Propia, de conformidad con lo establecido en los artículos 54, 55 numeral 1 y 56 del Decreto Ley nro. 1791 de 2000, al personal del Nivel Ejecutivo que se relaciona a continuación:

Nro.	GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	UNIDAD
1	PT.	MANUELA LÓPEZ GRANADA	1.040.051.247	DEANT
2	PT.	FELIPE ALEJANDRO VALBUENA JARAMILLO	1.000.384.193	DEARA - DICAR
3	PT.	ROIVER JOSÉ ESCOBAR JIMÉNEZ	1.042.979.763	DEATA - DIJIN
4	PT.	ENER DAVID CAMPO MARTÍNEZ	1.002.490.461	DEBOL
5	PT.	JOHAN CARLOS AGUILAR PÉREZ	1.077.472.251	DECAU
6	PT.	LUIS MIGUEL VILLALBA ALZAMORA	1.067.949.119	DECOR - SUDIR
7	PT.	ARLEY MUÑOZ GONZÁLEZ	1.012.324.070	DECUN - DIASE
8	PT.	JONATHAN ALBEIRO ORTIZ HERNÁNDEZ	1.089.294.587	DENAR
9	PT.	JORDY DAVID VILLAREAL REVELO	1.086.136.877	
10	PT.	LUIS ARIEL ORJUELA PORTELA	1.108.934.913	
11	PT.	JORGE ISAAC MARTÍNEZ TOVAR	1.105.687.709	DETOL
12	PT.	INGRID JULIETH VARGAS PÉREZ	1.192.735.805	
13	PT.	ANGIE LUCERO CABEZAS GÓMEZ	1.108.936.499	DETOL - DIPOL
14	PT.	PITER ALEXANDER TAVERA SÁENZ	1.069.175.676	DEUIL
15	PT.	JOHAO STIWAR OLIVEROS SÁNCHEZ	1.006.772.180	DEVAL
16	PT.	RUBÉN DARÍO MAZO HERNÁNDEZ	1.007.694.129	

RESOLUCIÓN NÚMERO		04004	DEL	14 NOV 2025	PÁGINA	2 de 3
CONTINUACIÓN DE LA RESOLUCIÓN "POR LA CUAL SE RETIRA DEL SERVICIO ACTIVO A UN PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO DE LA POLICÍA NACIONAL".						
17	PT.	JUAN PABLO AGUIRRE SÁNCHEZ	1.116.722.463	DEVAL - DICAR		
18	PT.	VALENTINA SANDOVAL GONZÁLEZ	1.001.880.189	MEBAR		
19	PT.	ADRIANA LUCÍA FERNÁNDEZ VILLA	1.001.915.476			
20	PT.	KATHLEEN YULIETH CASTILLO SAMPER	1.221.971.225			
21	PT.	JAVIER ANDRÉS VILLALOBOS MARTÍNEZ	1.143.148.243	MEBAR - JESEP		
22	PT.	JUAN CAMILO MANOSALVA CRISTANCHO	1.093.794.794	MEBOG		
23	PT.	FABIO ANDRÉS ANAYA ARRIETA	1.102.828.155			
24	PT.	ANDREA CAROLINA OSSA SALEH	1.002.029.836			
25	PT.	JULIANA REVUELTA ALCÁNTARA	1.066.083.400			
26	PT.	YURY CECILIA MURILLO CASTAÑO	1.006.689.847			
27	PT.	JUAN DAVID CARDONA QUINTERO	1.023.921.658	MEBOG - DIJIN		
28	PT.	LISETH TATIANA MELÁN SÁNCHEZ	1.004.777.557	MEBOG - JESEP		
29	PT.	DAVID SANTIAGO MEDINA GONZÁLEZ	1.007.614.380	MECAL - DIPOL		
30	PT.	JEFRRY ALEXÁNDER OÍMOS GARCÍA	1.144.088.410	MECAL - JESEP		
31	PT.	ERIKA TATIANA ZAMBRANO ASCANIO	1.090.487.505	MECUC - DIPRO		
32	PT.	NÉSTOR ANDRÉS GIRALDO	1.130.643.900	MEPAS		
33	PT.	MARTHA ISABEL ERASO ENRÍQUEZ	1.089.486.403	MEPAS - DIPOL		
34	PT.	JUAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ CORREA	1.094.919.267	MEPER		
35	PT.	KAREN MELISSA SALGADO MORA	1.026.300.687	MESOA		
36	PT.	GREICY SALAZAR BAUTISTA	1.061.773.556			
37	PT.	PEDRO LUIS MARRUGO GUZMÁN	1.047.502.800			
38	PT.	EDELMIRA ESTHER PALACIO PÉREZ	1.081.835.631	MESOA - DIPOL		
39	PT.	VANESSA ALEJANDRA MUÑOZ POSSO	1.001.022.428	MEVAL		
40	PT.	SANDRA MILENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	1.010.149.461	DIBIE		
41	PT.	NELSON JAVIER BARRAGÁN ROJAS	1.033.774.141			
42	PT.	VANESSA ALEXANDRA ESPINOSA PINEDA	1.006.528.586	DIPOL		
43	PT.	ÓSCAR DUVÁN JOYA NARANJO	1.033.802.583	DIPON		
44	PT.	JULIÁN FERNANDO AGUIRRE MEJÍA	1.116.256.102	DIPRO		
45	PT.	JUAN CAMILO SATIZABAL MONTOYA	1.193.337.154	DIRAN		
46	PT.	JOSÉ JULIÁN YEPES MORA	1.006.200.809			
47	PT.	WILSON ALEXIS PRECIADO LANDÁZURI	1.087.204.306			
48	PT.	JHON JARRINSON GALVIS PINEDA	1.193.270.851			
49	PT.	YONALD ALBERTO IBARRA MELECIO	1.059.915.119			
50	PT.	MARÍA DEL CARMEN MONSALVE IBÁÑEZ	1.003.212.803	REMSA - DIJIN		

RESOLUCIÓN NÚMERO 04004 DEL 14 NOV 2025

PÁGINA 3 de 3

CONTINUACIÓN DE LA RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE RETIRA DEL SERVICIO ACTIVO A UN PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO DE LA POLICÍA NACIONAL

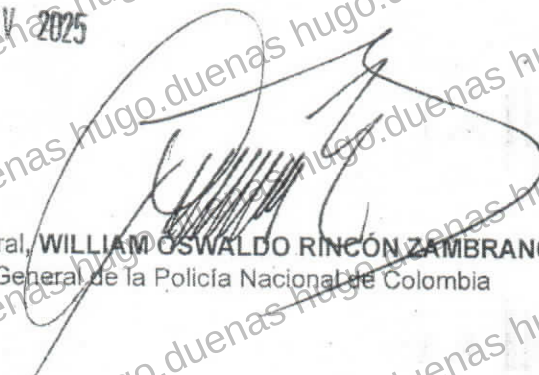
ARTÍCULO 2. Remitir copia de la presente resolución a los Grupos de Talento Humano de las unidades a las cuales se encuentran adscritos los mencionados miembros del Nivel Ejecutivo para la correspondiente notificación y posterior ingreso de la misma a la respectiva historia laboral.

ARTÍCULO 3. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición

ARTÍCULO 4. Contra la presente resolución no procede recurso alguno.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C. a los 14 NOV 2025



Brigadier general, **WILLIAM OSWALDO RINCÓN ZAMBRANO**
Director General de la Policía Nacional de Colombia



Elaboró: H. César Hernando Rodríguez Guevara
DITAH - GURET



Revisó: CT. Cristen Zulima Castro Rada
DITAH - AS JUR



Revisó: MY. Andrés Jota Gil Echeverri
DITAH - GURET



Revisó: TC. Wilson Alejandro Muñoz Gómez
DITAH - APROP



Revisó: BG. Andrés Fernando Serna Bustamante
DITAH - JEFAT (E)



Revisó: BG. Hernán Alonso Meneses Gelves
SEGEN - JEFAT

1025

Fecha de elaboración: 26-10-2025

Ubicación: //Publica_Aprop_Grura/Resoluciones

Carrera 59 nro. 26-21 CAN Bogotá. D. C.
5159058 - 5159266
ditah.aprop@hoser3@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA CLASIFICADA

IDS-RS-0001

VER: 3

Aprobación: 15-02-2024



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA CUNDINAMARCA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICÍA NACIONAL	
Firma:	_____
Recibido por:	_____
Sigla unidad o dependencia:	_____
Fecha:	Hora: _____
Radicado Nro:	_____

Bogotá, D.C. 01 de diciembre de 2025

Señores (a)
JEFE CONSULTORIOS MÉDICOS POLICÍA NACIONAL
País.

Asunto: solicitud exámenes médicos por retiro.

En cumplimiento a los artículos 4 numeral 10 del Decreto 1796 de 2000, respetuosamente presento ante esa unidad al señor patrullero (R) **ARLEY MUÑOZ GONZÁLEZ**, identificado con cedula de ciudadanía nro. 1012324070, quien laboraba en el Departamento de Policía Cundinamarca, fue notificada del retiro del servicio activo mediante resolución nro. 04004 del 14 de noviembre 2025 con el fin de que se le practiquen los exámenes médicos por retiro.

De igual forma se le da a conocer al funcionario retirado, los requisitos para inicio de estudio por la novedad de retiro, los cuales se relacionan a continuación:

- Fotocopia de la resolución o decreto de retiro
- Fotocopia de la notificación de retiro
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía.
- Pliego de antecedentes y ficha médico odontológica original totalmente diligenciados.
- Historia clínica que se desee hacer valer como prueba de patologías adquiridas en el servicio activo y no calificadas por Junta y/o tribunal médico laboral.
- Formato de solicitud de inicio de estudio.

Término para la entrega de esta documentación

A partir de la notificación del retiro el paciente tiene sesenta (60) días para entregar esta documentación al Grupo Médico Laboral con respecto a lugar de residencia.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley 1796 de 2000 **"ARTICULO 8 EXÁMENES PARA RETIRO"**. El examen para retiro tiene carácter definitivo para todos los efectos legales; por tanto, debe practicarse dentro de los dos (2) meses siguientes al acto administrativo que produce la novedad, siendo de carácter obligatorio en todos los casos cuando sin causa justificada el retirado no se presentare dentro de tal término dicho examen se practicara en los Establecimientos de Sanidad Militar o de Policía por cuenta del interesado.

Los exámenes médico-laborales y tratamientos que se deriven del examen de capacidad Sico-física para retiro, así como la correspondiente Junta Médico-Laboral Militar o de Policía, deben observar completa continuidad desde su comienzo hasta su terminación.

Atentamente,

Subintendente **HUGO HERNÁN DUEÑAS MALDONADO**
Responsable notificaciones de retiro DECUN

Anexos:
Formato: ZML-FR-0002 (Pliegos de Antecedente)
Formato: ZML-FR-0003 (Ficha Médica y Odontológica)
Formato: ZML-FR-0004 (Inicio de Estudio Médico Laboral)

Elaborado por SI: Hugo Hernán Dueñas Maldonado
Fecha de Elaboración: 01/01/2025
Ubicación: Disco Local (D) / SI Dueñas / año 2025 / Oficios salidos

Carrera 58 No.9 - 43 Puente Aranda Bogotá
Teléfonos 3203017533
decun.gutah@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

Página 1 de 1	REALIZAR CALIFICACION DE APTITUD PSICOFISICA	 POLICIA NACIONAL
CODIGO: 2ML-FR-0002		
FECHA: 19-08-2014	PLIEGO DE ANTECEDENTES	
VERSION: 1		

FOTO 3X4 SIN
CUBRE
CABEZA
FONDO
BLANCO EN
UNIFORME N° 3

(Debe llenarse según Decreto 1796 del 2000 Artículo 4º Exámenes de Capacidad Psicofísica)
Léase la nota final del reverso antes de diligenciar

1- Apellidos y Nombres			2- Grado			3- Cédula o T. I.			
4- Dirección y teléfono de residencia habitual			5- Motivo del Examen			6- Fecha del Examen			
7- Sexo		8- Raza	9- Nombre de los Padres y residencia habitual			10- Lugar de Nacimiento			
11- Fecha de Nacimiento			13- Unidad o repartición donde se hace el examen			12- Total años de servicio			
Día		Mes	Año		Militar			Civil	
14- Cargo a que aspira						15- Como juzga el examinado su salud?			

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO	SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD EN QUE MURO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre						Tuberculosis			
Madre						Sífilis			
Esposa						Diabetes			
Hermanos						Cáncer			
						Enfermedades del Riñón			
						Enfermedades del Corazón			
						Enfermedades del Estómago			
Hijos						Reumatismo			
						Alergias			
						Epilepsia			
						Suicidios			
						Enfermedades mentales (locos)			

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Difteria (Fiebre y Diarrea)	SI	NO	Perturbaciones de la nariz	SI	NO	Cojeras	SI	NO
Asma	SI	NO	Resfriados frecuentes	SI	NO	Mareos de carro, tran, avión, mar	SI	NO
Tos ferina	SI	NO	Ictericia (Coloración amarilla)	SI	NO	Pérdida de la memoria	SI	NO
Perturbaciones del oído	SI	NO	Cáncer	SI	NO	Toma alcohol. Cuanto? :	SI	NO
Perturbaciones de las vías digestivas	SI	NO	Sangre en la orina	SI	NO	Es tartamudo	SI	NO
Coto	SI	NO	Deformidad huesos, articulaciones u otros	SI	NO	Ha sido sonámbulo	SI	NO
Cólicos	SI	NO	Epilepsia o ataques	SI	NO	MUJERES	SI	NO
Apendicitis	SI	NO	Depresión o angustia	SI	NO	Edad de la menarquia (primera menstruación)	SI	NO
Hemorroides o enfermedad del recto	SI	NO	Enuresis (orina) nocturna	SI	NO	Tratamiento por desorden propio del sexo	SI	NO
Micciones (orinas) frecuentes o dolorosas	SI	NO	Usa aparatos para oír	SI	NO	Ha estado embarazada	SI	NO
Enfermedades venéreas	SI	NO	Ha intentado suicidio	SI	NO	Tiene menstruaciones dolorosas	SI	NO
Parálisis	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO	Ciclo actual (Cada cuantos días)	SI	NO
Frecuente sueño intranquilo	SI	NO	Palpitaciones	SI	NO	Ha tenido flujos vaginales	SI	NO
Es adicto a narcóticos (estupefacientes)	SI	NO	Perturbaciones de la vista	SI	NO	Menstruaciones irregulares	SI	NO
Usa aparato ortopédico	SI	NO	Perturbaciones de la garganta	SI	NO	Fecha última menstruación	SI	NO
Sangrado excesivo dental o por heridas	SI	NO	Bronquitis crónica	SI	NO			
Erisipela (Infección de la piel)	SI	NO	Tumores	SI	NO			
Dolor o inflamación articular	SI	NO	Fractura	SI	NO			
Pérdida de conocimiento	SI	NO	Forunculosis (Nacidos)	SI	NO			
Que empleo ha tenido en los 3 últimos años?			En cual permaneció mas tiempo, meses?			Cuál es su oficio actual		
						Menstruación ☐ Normal ☐ Excesiva		
						Es Ud. Derecho ☐ Es Ud. Zurdo ☐		

Página 1 de 1	REALIZAR CALIFICACION DE APTITUD PSICOFISICA	 POLICIA NACIONAL
CODIGO: 2ML-FR-0002		
FECHA: 19-08-2014	PLIEGO DE ANTECEDENTES	
VERSION:1		

SEÑALE CON UNA "X" SI o NO (Si marca "SI" debe explicarse al frente)

Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	SI	NO
Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc. (alergias)?	SI	NO
Tiene dificultades para ejecutar algunos movimientos?	SI	NO
Tiene dificultad para adquirir cierta postura?	SI	NO
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?	SI	NO
Ha sido herido? Que clase de arma? Sitio de la herida?	SI	NO
Se le ha negado algún seguro de vida?	SI	NO
Se le ha practicado o le han aconsejado que se practique alguna operación. Cual?	SI	NO
Ha estado interno por su voluntad o por orden de un hospital de enfermedades mentales? (En caso afirmativo especificar cuando, donde, por que, nombre del médico y señas completas de los hospitales)	SI	NO
Ha tenido otra enfermedad distinta a las anotadas? (En caso afirmativo dar detalles)	SI	NO
Se ha tratado Usted mismo por enfermedades benignas como resfriados? Que otra enfermedad?	SI	NO
Ha sido rechazado por el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles.	SI	NO
Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles.	SI	NO
Tiene Junta Medico Laboral, Tribunal Medico Laboral de Revisión Militar y de Policía o Informes Administrativos pendientes por resolver? (Especificar el número, fecha y como fue declarado por la Junta Medico Laboral y/o Tribunal Medico Laboral de Revisión Militar y de Policía (Apto, No Apto, y Reubicación), Informe Administrativo número y fecha)	SI	NO

OBSERVACIONES

Bajo la gravedad de Juramento declaro, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, clínicos y hospitales mencionados, para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro.

Fecha y Lugar (del examen)

Firma del Examinado

Documento de Identificación:

CC

TI

CE

Nombre del Examinado (Letra Imprimida)

Lugar de Expedición:

Página 1 de 2	REALIZAR CALIFICACION DE APTITUD PSICOFISICA	
CODIGO: ZML-FR-0003	FICHA MEDICO - ODONTOLÓGICA	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-08-2014		
VERSION: 1		

CAUSA DEL EXAMEN (Art. 4 Decreto Ley 1796/2000). MARQUE CON UNA (X) EN EL NUMERO CORRESPONDIENTE													
1. Selección alumnos	3. Ingreso personal no uniformado	5. Incorporación	7. Asenso personal uniformado	9. Comisión al exterior	11. Licenciamiento	13. Definición de la situación médico-laboral							
2. Escalafonamiento	4. Reclutamiento	6. Comprobación	8. Aptitud psicofísica especial	10. Retiro	12. Reintegro	14. Orden de autoridad médico-laboral							

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				FECHA EN QUE SE REALIZA EL EXAMEN			
				dd / mm / aa			
C.C.	C.E.	T.I.	NUPI	DE			
No.				GRADO, CARGO O CÚRULO A QUE ASPIRA			
EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL		TIEMPO DE SERVICIO DESDE ESCUELA			
UNIDAD DONDE SE REALIZA EXAMEN				FECHA NACIMIENTO			
DIRECCION RESIDENCIA				NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO FAMILIAR CERCAÑO			
TELEFONO RESIDENCIA				NATURAL DE			
CELULAR							
DESCRIBIR NORMAL O CADA ANORMALIDAD DETALLADAMENTE. ANOTE (NE) SI NO SE EVALUO.							

EXAMEN SOMATICO				ESTADO GENERAL													
PIEL Y UÑAS				TENSION ARTERIAL		PESO Kgs.		ESTATURA Cms.		PERMETRO TORACICO		CAPACIDAD VITAL		FC x min.		FR x min.	
				MAXIMA		MINIMA				INS.		ESP.					
				ASPECTO GENERAL													
CARCER, CARA CUELLO, CUERO CABELLUDO				ABDOMEN - HERNIAS													
SISTEMA VASCULAR PERIFERICO Y LINFATICO				APARATO GENITO - URINARIO													
SISTEMA OSTEOMUSCULAR				SISTEMA NERVIOSO PARES CRANEALES													
EXTREMIDADES Y VARICES																	
APARATO CIRCULATORIO Y PULSO				REFLEJOS													
				RADIALES													
				ABDOMINALES													
				CREMASTERIANOS													
				ROTULIANOS													
				AQUILEOS													
				CLORUS													
				SI NO CUAL													
				LUX ACOM. ANISO. DISOCORIA													
				D.													
				I.													
CORAZON Y GRANDES VASOS				NOMBRE DEL MEDICO (Que examina)													
TORAX Y APARATO RESPIRATORIO				FIRMA													
				SELLO (Con nombre y RM)													

Página 1 de 2
CODIGO: 206-PR-0003
FECHA: 18-08-2014
VERSION: 1

REALIZAR CALIFICACION DE APTITUD PSICOFISICA
FICHA MEDICO - ODONTOLOGICA
EXAMENES ESPECIALES



FECHA	APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXAMINADO			
dd / mes / aa	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Reportar los valores que se deriven de la valoración de agudeza visual según la tabla de SNELL

OJOS	AG. VISUAL	PTERIGIO	VIAS LACRIMALES	FONDO DE OJO
	SC:			
	D			
	CC:			
OJOS	AG. AUDITIVA	CON. AUD. EXT.	TIMPANO	
	D			
	I			
	CC:			
NARIZ	TABIQUE	CORNETES	MUCOSAS	
SEÑOS PARANASALES	FRONTALES	MAXILARES		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO (Que examina)				
FIRMA SELLO (con nombre y Registro)				

EXÁMEN ODONTOLÓGICO

	ORTODONCIA	PROTESIS PARCIAL FIJA	PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	PROTESIS TOTAL
	SUPERIOR	SUPERIOR	SUPERIOR	SUPERIOR
	INFERIOR	INFERIOR	INFERIOR	INFERIOR
	DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ODONTOLOGO (Que examina)				
FIRMA SELLO (con nombre y Registro)				
(Uso exclusivo de la Autoridad Médico Laboral)				
CONCEPTO: APTO ☐ NO APTO ☐ APLAZADO ☐				
OBSERVACIONES:				
FIRMA SELLO (con Nombre y RM)				

Página 1 de 2	REALIZAR JUNTA MEDICO LABORAL	 POLICIA NACIONAL
CODIGO: 2ML-FR-0004	HISTORIA CLINICA	
FECHA: 19-08-2014	INICIO DE ESTUDIO MEDICO LABORAL	
VERSION: 1		
CIUDAD Y FECHA DEL EXAMEN		
1. IDENTIFICACIÓN No. _____ GRADO _____ EDAD _____		
APELLIDOS Y NOMBRES: _____		
CAUSAL DE CONVOCATORIA: INGRESO _____ ASCENSO _____ COMISION EXT _____ INFORMATIVO _____ / _____ / _____		
RETIRO _____ INVALIDEZ _____ OTROS (CUAL) _____		
DIRECCIÓN _____ TELEFONOS _____ HC: SI _____ NO _____		
2. ANTECEDENTES LABORALES: UNIDAD QUE PERTENECE _____		
FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE EGRESO _____		
JUNTA MEDICO LABORAL (NUMERO, FECHA Y LUGAR) _____		
TRIBUNAL MEDICO (NUMERO, FECHA Y LUGAR) _____		
RESOLUCION DE RETIRO (NUMERO Y FECHA) _____ DECRETO DE RETIRO (NUMERO Y FECHA) _____		
INFORMATIVO (NUMEROS, FECHA, UNIDAD) _____		
3. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: _____		

TRAUMATICOS: (01) ACCIDENTES: SI _____ NO _____ (02) DE TRABAJO: SI _____ NO _____ (03) SECUELAS: SI _____ NO _____		
GINECOOBSTETRICOS: GESTACION: G _____ P _____ C _____ A _____ E _____ V _____ M _____ HIJOS VIVOS _____ F.U.M. _____		
PLANIFICACIÓN: _____		
HABITOS: CIGARRILLO _____ LICOR _____ OTROS _____		
TRATAMIENTO ACTUAL: _____		

ENFERMEDAD ACTUAL: _____		

Página 2 de 2		REALIZAR JUNTA MEDICO LABORAL		
CODIGO: 2ML-FR-0004		HISTORIA CLINICA		
FECHA: 19-08-2014		INICIO DE ESTUDIO MEDICO LABORAL		
VERSION: 1		POLICIA NACIONAL		
EXAMEN FISICO:				
SV: FC: _____ TA: _____ FR: _____ PESO: _____ TALLA: _____				
PIEL: _____				
CABEZA: OJOS: AV: OD: _____ OI: _____ OTROS: _____				
BODA: _____ NARIZ: _____ OTOSCOPIA _____				
OI: _____ OIDOS: AA: OD: _____ OTROS: _____				
CUELLO: _____ TORAX: PULMONAR: _____				
CORAZON: _____				
ABDOMEN: _____				
GENITALES: _____				
EXTREMIDADES SUPERIORES: _____				
INFERIORES: _____				
COLUMNA VERTEBRAL: _____				
SISTEMA NERVIOSO: _____				
ESTADO ACTUAL: _____				
DIAGNOSTICO: _____				
CONCEPTOS PARA SOLICITAR: 1. _____ 2. _____				
3. _____ 4. _____ 5. _____				
6. _____ 7. _____ 8. _____				
NOTA.: BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO, QUE LO REFERIDO EN LA INFORMACION ANTERIOR, ES VERDADERA HASTA DONDE ALCANZAN MIS CONOCIMIENTOS, Y AUTORIZO A LOS SEÑORES MÉDICOS, PARA SUMINISTRAR UNA COMPLETA TRANSCRIPCIÓN DE MI HISTORIA CLINICA, PARA INFORMACIÓN DEL ESTADO CON RELACIÓN AL EXAMEN QUE SE ME REALIZA.				
FECHA: _____		FECHA: _____		FECHA: _____
DR. (A) _____		USUARIO / FUNCIONARIO _____		
Firma y Sello				