



INFORME DE INVESTIGACIÓN

PPR-113.2 Rev. 02/2019		TIPO DE INCIDENTE			QUERRELLA:	
1. Investigación de Campo: <input type="checkbox"/> Herido de Bala <input type="checkbox"/> Disparo <input type="checkbox"/> Conducta Criminal <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Otros: _____			2. Aparente Conducta Criminal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Referido por: <input type="checkbox"/> Supervisor Revisor <input type="checkbox"/> Director Dtto./Prec./División <input type="checkbox"/> Comandante de Área <input type="checkbox"/> Junta <i>FRB</i>			
3. Can que Afectó Persona: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A		4. Uso de Equipos/Municiones Menos Letales: <input type="checkbox"/> Allanamiento <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Arresto <input type="checkbox"/> Detención <input type="checkbox"/> Estructura <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Otros: _____				
5. Fecha: (dd/mm/aaaa)	6. Hora: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	7. Lugar Incidente:				
8. Nombre Persona Afectada:			9. Nombre Preferido			
10. Género:		11. Nacionalidad:		12. Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa)		
13. Estatura:	14. Peso:	15. Teléfono:		16. Persona Notifica a <i>FIU</i> :		
17. Supervisor Encargado de Escena:		18. MNPPR utilizó Fuerza:		19. Prec./Dtto./División:		
20. Cantidad MNPPR utilizaron Fuerza:		21. Llegada a Escena: (dd/mm/aaaa)		22. Hora llegada a Escena: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		
23. PERSONAS QUE SE RESISTIERON						
a. Nombre			Nombre Preferido		Teléfono	
Dirección				Correo Electrónico		
b. Nombre			Nombre Preferido		Teléfono	
Dirección				Correo Electrónico		
24. PERSONAL A CARGO DE LA INVESTIGACION CRIMINAL						
a. Investigador del C.I.C.		b. División:	c. MNPPR Servicios Técnicos:		d. Área Policiaca:	
25. NEGOCIADO DE CIENCIAS FORENSES (NCF)						
Nombre Técnico		Puesto	Labor Realizada			
a.		<input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Escena	<input type="checkbox"/> Fotos / Videos	<input type="checkbox"/> Croquis	
b.		<input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Escena	<input type="checkbox"/> Fotos / Videos	<input type="checkbox"/> Croquis	
c.		<input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Técnico	<input checked="" type="checkbox"/> Escena	<input type="checkbox"/> Fotos / Videos	<input type="checkbox"/> Croquis	
26. Llegada a la Escena (dd/mm/aaaa):			27. Hora de llegada a la Escena: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.			
28. FUNCIONARIO DE AGENCIA ESTATAL O FEDERAL RELACIONADO A LA INVESTIGACIÓN						
Nombre Funcionario		Agencia	Fiscal/Procurador		Fiscalía de	
a.						
b.						
c.						

41. TESTIGOS IDENTIFICADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Nombre	Dirección	Teléfono	Correo Electrónico
a.			
b.			

42. EVIDENCIA

a. Fotografías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	especifique:	cantidad:
b. Equipo Electrónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	especifique:	
c. Casquillos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	especifique:	cantidad: calibre:
d. Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	especifique:	

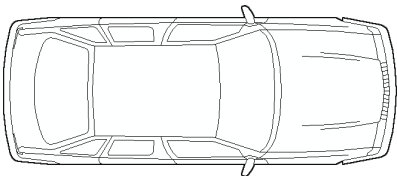
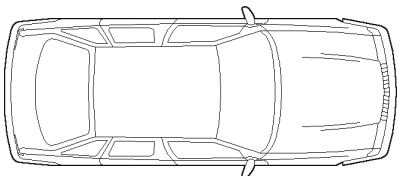
43. PERSONAS QUE ENTRAN Y SALEN DE LA ESCENA

Nombre	Agencia	Teléfono
a.		
b.		

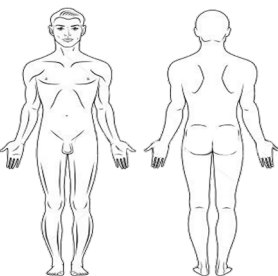
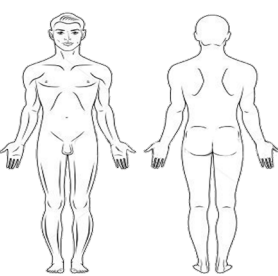
44. ARMAS OCUPADAS

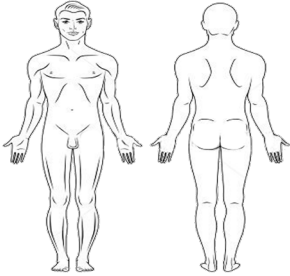
Marca	Modelo	Color	Calibre	Serie
a.				
b.				

45. MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO EN EL INCIDENTE

a. Señales de Daños: 	b. Marca:	c. Modelo:	d. Color:	e. Tablilla:
	f. VIN:		g. Dueño Registral (Nombre y Dirección):	
	h. Descripción de Daños:			
i. Señales de Daños: 	j. Marca:	k. Modelo:	l. Color:	m. Tablilla:
	n. VIN:		o. Dueño Registral (Nombre y Dirección):	
	66. Descripción de Daños:			

67. PERSONA(S) MUERTA(S) Y/O LESIONADA(S) EN EL INCIDENTE

a. Señales de Lesiones: 	b. Nombre Persona: <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> MNPPR <input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Muerto
c. Señales de Lesiones: 	d. Nombre Persona: <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> MNPPR <input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Muerto

e. Señales de Lesiones:		f. Nombre Persona: <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> MNPPR <input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Muerto			
					
78. TRATAMIENTO MÉDICO					
a. Institución Hospitalaria:		b. Nombre Doctor y Licencia:		c. Diagnóstico:	
79. APARENTE CONDUCTA CRIMINAL					
a. Percepción de que la persona estaba bajo efecto de alcohol y/o drogas:				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. Accesibilidad o percepción de que la persona tiene acceso a armas menos letales y letales:				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. Conocimiento previo de historial mental o de agresividad de la persona:				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. Miembro del NPPR sufrió lesión antes de hacer uso de fuerza:				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. Persona sufrió lesión antes de hacer uso de fuerza:				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
80. CUANDO UN CAN AFECTA A UNA PERSONA					
a. Manejador:		b. Nombre del Can:		c. Núm. Identificación:	
d. Nombre Supervisor:			e. Placa:	f. Adscrito:	
81. CUANDO SE UTILIZAN EQUIPOS/MUNICIONES MENOS LETALES (REGISTRO O ALLANAMIENTO)					
a. MNPPR Encargo Investigación:			b. Supervisor Evaluó, Corroboró Y Autorizó Solicitud:		
c. Nombre Fiscal autoriza Expedición Boleta:			d. Nombre Juez Juramenta Orden:		
82. PARTICIPANTES EN EL ARRESTO, DETENCIÓN, REGISTRO Y/O ALLANAMIENTO					
Nombre Persona que Participó		Placa		Misión	
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
g.					
83. MNPPR que Diligencia/Registra:			84. Placa:		85. Adscrito:
86. Método utilizado para Penetrar Estructura/Vehículo			87. Daños: (Especifique)		
88. Fecha Expedición (dd/mm/aaaa):			89. Fecha Diligenciamiento (dd/mm/aaaa):		90. Diligenciamiento:
					<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

91. FORMULARIOS QUE SE ANEXAN A LA INVESTIGACIÓN

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PPR-615.2 | <input type="checkbox"/> PPR-631.1 | <input type="checkbox"/> PPR-636.1 | <input type="checkbox"/> PPR-128 | <input type="checkbox"/> PPR-625.3 | <input type="checkbox"/> PPR-138.2 |
| <input type="checkbox"/> PPR-615.4 | <input type="checkbox"/> PPR-134.1 | <input type="checkbox"/> PPR-621.1 | <input type="checkbox"/> PPR-615.7 | <input type="checkbox"/> PPR-605.1 | <input type="checkbox"/> PPR-502.1 |
| <input type="checkbox"/> PPR-623.1 | <input type="checkbox"/> PPR-612.1 | <input type="checkbox"/> PPR-605.1 | <input type="checkbox"/> PPR-112.2 | <input type="checkbox"/> PPR-502.1 | <input type="checkbox"/> PPR-605.3 |
| <input type="checkbox"/> PPR-615.8 | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | | |

92. DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN A LA INVESTIGACIÓN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copia(s) de Denuncia(s) | <input type="checkbox"/> Copia Orden de Arresto/Aprehensión |
| <input type="checkbox"/> Evidencia de Tratamiento Médico | <input type="checkbox"/> Copia de Certificación de Adiestramiento (si aplica) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Trabajo (Número de Identificación _____) | |

93. ENTREVISTAS REALIZADAS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Testigo(s) | <input type="checkbox"/> MNPPR presenció incidente |
| <input type="checkbox"/> Médico/Profesional de la Salud | <input type="checkbox"/> Supervisor presenció Incidente |

94. INVESTIGADOR FIU

Declaración del Investigador

95. Nombre y Placa Investigador FIU:

96. Firma Supervisor:

97. Fecha: (dd/mm/aaaa)