



Dirección de Reclutamiento y Control Reservas Cuarta Zona

PATRIA, HONOR, LEALTAD

REGISTRO DE VALORACIÓN PSICOFÍSICA



| | |
|--------------|---|
| FECHA | |
| D | M |
| A | |

Lugar : _____

MEDICINA: _____ ODONTOLOGÍA: _____ PSICOLOGÍA: _____

CONTINGENTE: _____ SOLDADOS: _____ (SLB, SLR, SLC, SLP) UNIDAD: _____

| No. | DIM | APELLIDOS Y NOMBRES | EDAD | DOCUMENTO | FAV. | NO FAV. | APLAZADO | CÓDIGO DE INHABILIDAD |
|-----|-----|---------------------|------|-----------|------|---------|----------|-----------------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL DE ZONA Y/O UNIDAD

FIRMA COMANDANTE DE ZONA Y/O UNIDAD