



INGRESO 2025

Carrera de Oficial Penitenciario

Preinscripción via Web

29/04/2024 al 21/06/2024

Entrega de documentación
para formalizar la
inscripción.

24/06/2024 al 02/08/2024

www.spb.gba.gov.ar



| | |
|--|----|
| Introducción | 3 |
| REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN..... | 4 |
| INSCRIPCIÓN | 5 |
| Solicitud de Inscripción | 8 |
| Declaración Jurada para menores de 18 años..... | 14 |
| Declaración Jurada para mayores de 18 años | 16 |
| Nota Solicitud de Antecedentes | 17 |
| PROCESO DE SELECCIÓN..... | 18 |
| CRONOGRAMA TENTATIVO DE EVALUACIONES | 18 |
| Examen de Conocimientos Generales | 19 |
| Examen Psicotécnico..... | 20 |
| • Declaración jurada obligatoria..... | 21 |
| Examen de Salud | 25 |
| • Motivos de rechazo | 25 |
| • Instructivo Área Sanidad | 26 |
| • Ficha de Reconocimiento Médico..... | 29 |
| Examen de Aptitud Física | 39 |
| APARTADO DE ACLARACIONES..... | 44 |

INTRODUCCIÓN

El Servicio Penitenciario Bonaerense es un organismo estatal que contribuye al mantenimiento del orden público y colabora con la obtención de la paz social.

Actúa como auxiliar de la administración de justicia y presenta dependencia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través de la Subsecretaría de Política Penitenciaria.

La Ley N°12256 de Ejecución Penal Bonaerense, sancionada en 1999, establece como fin la adecuada inserción social de los procesados y condenados a través de la asistencia y el tratamiento.

Por su parte el Servicio Penitenciario Bonaerense como órgano que aplica dicha ley, implementa programas de asistencia y tratamiento destinados a las personas detenidas bajo su custodia y dirigidos al fortalecimiento de la dignidad humana y el estímulo de actitudes solidarias, a partir de la satisfacción de sus necesidades y del desarrollo de sus potencialidades individuales.

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN

Sólo serán admitidas en calidad de postulantes para la inscripción en la Escuela de Cadetes “Insp. Gral. Baltasar A. Iramain” (ISFT N°6001) aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos:

- *Haber nacido entre el 07 de abril de 2001 y el 31 de diciembre de 2007,*
- *Ser argentino, nativo o por opción,*
- *Tener certificación de estudios secundarios completos,*
- *No poseer antecedentes penales,*
- *Entregar en término solicitud y documentación administrativa completa.*

INSCRIPCIÓN

Para **formalizar la inscripción**, se deberá entregar personalmente en el plazo comprendido desde el día **lunes 24 de junio y con fecha límite el viernes 02 de agosto** del corriente año, en el horario comprendido de **08:00 a 14:00Hs**, en la sede del Instituto Superior de Formación Técnica N° 6001 (sito en calle 44 N° 2000, ciudad de La Plata), la documentación detallada a continuación y que se encuentra en el presente FORMULARIO, a saber:

- 1) **COMPROBANTE DE PRE-INSCRIPCIÓN ASPIRANTE** (se obtiene cuando se pre-inscribe en la página www.spb.gba.gov.ar, el cual deberá descargar e imprimir)

- 2) **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (PÁGINAS 08 a 13)**, debiendo completarla con letra imprenta y lapicera (sin enmiendas ni correcciones). Pegar FOTO (tipo carnet tamaño 4x4 perfil derecho, fondo blanco, parte superior donde indica el recuadro)
 - En el caso de ser menor de edad, la solicitud de inscripción debe ser firmada por su madre/padre/tutor responsable.

- 3) **COPIA CERTIFICADA DEL ANALÍTICO DE NIVEL SECUNDARIO COMPLETO.** (Se certifica en: calle 13 entre 56 y 57 o Consejo Escolar correspondiente a cada domicilio)

En el caso de no poseer Analítico:

- a. **En el caso de presentar constancia de Analítico Completo en Trámite**, debe contener la leyenda **“No se adeudan espacios curriculares”**.
- b. **En el caso de adeudar materias:** La constancia debe aclarar cuántas y cuáles adeuda; teniendo tiempo de regularizar la situación conforme lo establecido por el Ministerio de Educación para el presente año.

En cualquiera de las opciones deberá presentar constancias **originales (no se aceptará en formato pdf)**

- 4) Fotocopia del frente y dorso del **DNI** / versión actualizada. (cantidad 7 copias)

- 5) **CERTIFICADO PROVINCIAL DE ANTECEDENTES POLICIALES (solo mayores de 18 AÑOS)**

Si es la primera vez que los realiza:

- Deberá ingresar a la página web www.mseg.gba.gov.ar opción antecedentes y realizar el debido trámite (seguir los pasos y requisitos que en la página aclara).
- Deberá imprimir Nota de Estilo, la cual ya cuenta con firma digital por parte de autoridad de la Escuela (**“Nota solicitud de Antecedentes” página 17 del presente documento**) y completarla.
- Presentar dicho trámite y Nota de Estilo ante el Ministerio de Seguridad o comisaría de su Jurisdicción.
- Posteriormente descargará e imprimirá el Certificado Provincial de Antecedentes Policiales de la página web antes mencionada al que accederá con código de descarga que le otorgó la página.

Si ya ha solicitado el certificado anteriormente:

- NO deberá presentarse a las entidades mencionadas, en virtud a que sus huellas digitales ya se encuentran registradas en el sistema.
- Deberá iniciar el trámite de manera online (página web www.mseg.gba.gov.ar) y descargar el certificado de la plataforma del Ministerio de Seguridad según el código de descarga que le otorgue la página.

IMPORTANTE: El certificado provincial de antecedentes policiales tiene una **vigencia de (06) seis meses**

6) CONSTANCIAS DE CUIL (Cantidad 7 copias).

7) FOTOCOPIA DE LA PARTIDA DE NACIMIENTO ACTUALIZADA (No se aceptan Certificados de Nacimiento)

8) DECLARACIÓN JURADA PARA POSTULANTES:

Mayor de 18 años: Podrá ser presentada en blanco para completar y certificar al momento de entregar la documentación. (página 16)

Menor de 18 años: Deberá certificar ante Escribano Público o Juez de Paz con la firma de ambos progenitores; en caso de encontrarse alguno fallecido, deberá acompañar con Acta de Defunción. (páginas 14 a 15)

9) CONSTANCIA DE NEGATIVA LABORAL DE ANSES

10) TRES (03) FOTOGRAFÍAS ACTUALES tipo carnet, tamaño 4 x 4, 3/4 perfil derecho, fondo blanco. Aspecto prolijo, con camisa blanca y corbata negra, pelo corto y/o recogido.

COLOCAR APELLIDO Y NOMBRES COMPLETO DETRÁS DE CADA FOTO.

11) QUIENES YA PERTENEZCAN AL SERVICIO PENITENCIARIO deberán, además, presentar Planilla de Antecedentes Personales - laborales, expedida por la Oficina de Personal del destino y la correspondiente autorización de las autoridades del Establecimiento donde presta servicios

NOTA: Todo lo antes detallado será entregado en una carpeta tres solapas (amarillo/femenino, verde/masculino, naranja/otro).

RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN

LUGAR: Instituto Superior de Formación Técnica N° 6001.

Avenida 44 N° 2000, entre las calles 133 y 135, de la ciudad de La Plata.

PERIODO PARA FORMALIZAR INSCRIPCIÓN:

Desde el lunes 24 de junio hasta el viernes 02 de agosto de 2024 inclusive.

DÍAS: Lunes a Viernes / **HORARIO:** De 08:00 a 14:00 horas.

TELÉFONO DE CONTACTO: (0221) 470-3997



SOLICITUD DE INSCRIPCION INGRESO AÑO 2025

PEGAR
FOTO

LUGAR: **FECHA:**

1/ DATOS PERSONALES (Según consta DNI)

Apellido/s

Nombres/s

D.N.I Edad Nacionalidad

Fecha de Nacimiento

Provincia de Nacimiento Localidad de Nacimiento

Estado Civil Hijos SI NO

DOMICILIO ACTUAL

Calle N° entre calle..... y calleEn caso de no poseer N° la casa, describir referencia de la misma

..... Provincia Localidad

..... Código Postal

Teléfono Fijo (.....) Teléfono Móvil (.....).....

CORREO ELECTRONICO PERSONAL (No deberá ser cambiado ya que es el único medio de comunicación con este Instituto).

.....

Ocupación actual

.....

Si es empleado del Servicio Penitenciario, aclarar destino, jerarquía y N° de legajo

.....

¿Fue cadete de este Instituto? SI NO

En caso afirmativo, indique año de baja

.....

Estudios Terciario/Universitario:

SI NO Completo Incompleto

Carrera

Estudios realizados en Fuerzas de Seguridad / Fuerzas Armadas:

SI NO Cual

Fecha de Incorporación Motivo / Causa de Baja

.....

Fecha de baja

Teléfono alternativo perteneciente a padres / familiares / vecinos (indicar al menos uno)

.....

Nombre, apellido y vinculo de la persona a la que pertenece el/los teléfono/s mencionado/s

.....

Medios por los que te informaste del llamado a inscripción

.....

2/ DATOS DEL PADRE

Apellido / s.....
Nombres.....
D.N.I. Edad
Fecha de Nacimiento..... Lugar de Nacimiento
Domicilio actual
LocalidadProvincia.....
Nacionalidad Estado civil
Teléfono
Ocupación.....

3/ DATOS DE LA MADRE

Apellido/s
Nombres
D.N.I. Edad.....
Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento
Domicilio actual
Localidad Provincia
Nacionalidad Estado civil
Ocupación
Teléfono

4/ DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido/s

Nombres

D.N.I.....Edad

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

Domicilio actual

Localidad Provincia

Nacionalidad

Ocupación

Teléfono

5/ DATOS DE LOS HIJOS

A/ Apellido/s

Nombres

D.N.I.EdadNacionalidad

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

B/ Apellido/s

Nombres

D.N.I.EdadNacionalidad

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

C/ Apellido/s

Nombres

D.N.I.EdadNacionalidad

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

6/ DATOS DE LOS HERMANOS

A/ Apellido/s

Nombres.....

D.N.I. Edad Nacionalidad

B/ Apellido/s

Nombres.....

D.N.I. Edad Nacionalidad

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

C/ Apellido/s

Nombres.....

D.N.I. Edad Nacionalidad

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

D/ Apellido/s

Nombres.....

D.N.I. Edad Nacionalidad

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

E/ Apellido/s

Nombres.....

D.N.I. Edad Nacionalidad

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

- Los datos consignados en este Formulario son correctos y completos.
- He confeccionado esta declaración sin falsedad ni omitir dato alguno, siendo la misma fiel expresión de la verdad.
- Conozco las penalidades/sanciones establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente declaración.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

D.N.I



DECLARACIÓN JURADA (Para menores de 18 años)

Las firmas deben ser certificadas por: Escribano Público, Juez de Paz, y/o dependencias públicas habilitadas para esos fines.

1/Declaración del padre, madre o tutor

A continuación, se transcriben los artículos del Código Civil y Comercial de la Nación que disponen:

Art. 638:

“Responsabilidad Parental: Concepto. La responsabilidad parental es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado”.

Art. 645:

“Actos que requieren el consentimiento de ambos progenitores: Si el hijo tiene doble vínculo filial se requiere el consentimiento expreso de ambos progenitores para los siguientes supuestos: ...Inc. b) autorizarlo para ingresar a comunidades religiosas, fuerzas armadas o de seguridad;(....). En todos estos casos, si uno de los progenitores no da su consentimiento o media imposibilidad para prestarlo debe resolver el juez, teniendo en miras, el interés familiar. Cuando el acto involucra a hijos adolescentes, es necesario su consentimiento expreso.”

----- Por medio de la presente declaro bajo juramento ser el padre/madre/tutor de

----- AUTORIZO, expresamente a mi hijo/a a ingresar a la Escuela de Cadetes del Servicio Penitenciario Bonaerense, como así también a retirarse del Establecimiento por motivos de índole particular y/o institucional y/o con anticipación a los horarios habituales de salida cuando razones operativas de dicho Instituto así lo determinen, como toda otra salida que deba realizarse solo o acompañado en vehículos oficiales, particulares o de línea. De este modo asumo la total responsabilidad que pudiere derivarse, ya sean en caso de accidente u otra circunstancia que le pudiera ocurrir a mi hijo/a o por los daños que se ocasionare a sí mismo o a terceros. -----

----- DECLARO, que todos los datos que anteceden son exactos y no haber incurrido en omisiones intencionales sobre las preguntas contenidas en la Solicitud de Ingreso. Así como que el/la mismo/a no está sometido/a a proceso o no ha sido condenado/a, por hecho doloso, tanto en la provincia de Buenos Aires como en cualquier lugar de la Nación y CONOCER que, de comprobarse alguna inexactitud, el Servicio Penitenciario Bonaerense se reservará el derecho de admitir el ingreso y/o permanencia en el Instituto. -----
----- Asimismo, tomo conocimiento que mi hijo/a se encuentra regido por el Acuerdo de Convivencia y Régimen Académico Institucional de la Escuela de Cadetes. -----

.....
Firma del Padre o Tutor

.....
Firma de la Madre

.....
Aclaración de Firma

.....
Aclaración de Firma

.....
Documento de Identidad

.....
Documento de Identidad

.....
Firma del Postulante

.....
Aclaración de Firma

.....
Documento de Identidad

....., de..... de.....-

----- CERTIFICO que las firmas que anteceden corresponden a

.....

.....

que acreditan su identidad con los documentos citados, a las que han sido estampadas ante mí. CONSTE.-



DECLARACIÓN JURADA (Para mayores de 18 años)

Las firmas deben ser certificadas por: Escribano Público, Juez de Paz, y/o dependencias públicas habilitadas para esos fines.

1/Declaración de los postulantes

----- DECLARO, no estar sometido a proceso o haber sido condenado, por hecho doloso, tanto en la Provincia de Buenos Aires como en cualquier lugar de la Nación y CONOCER que, de comprobarse alguna inexactitud, el Servicio Penitenciario Bonaerense se reserva el derecho de admitir mi ingreso y/o permanencia en el Instituto-----

----- Asimismo, dejo constancia que contraigo el compromiso de cumplir con todas las prescripciones reglamentarias y de someterme al régimen disciplinario respectivo y demás exigencias del Instituto, a retirarme del Establecimiento por motivos de índole particular y/o institucional y/o con anticipación a los horarios habituales de salida, cuando razones operativas de dicho Instituto así lo determinen, como toda otra salida que deba realizar solo o acompañado en vehículos oficiales, particulares o de línea.-----

.....
Firma del postulante

.....
Aclaración de firma

.....
Documento Nacional de Identidad

....., de de.....-

--- CERTIFICO que la firma que antecede corresponde a

.....

que acreditan su identidad con los documentos citados, las que han sido estampadas ante mí. CONSTE.-



NOTA SOLICITUD DE ANTECEDENTES

La Plata, _____ de _____ de 2024

SR. DIRECTOR DE ANTECEDENTES DE LA POLICIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin quiera tener a bien por donde corresponda se extienda al portador de la presente el Certificado de Antecedentes Policiales.

Señor/a:

DNI N°: Fecha de Nacimiento: / /

Domicilio:

Teléfono:

Se destaca que dicha solicitud es para los ciudadanos que se encuentran realizando los trámites de inscripción en esta Institución.

Saludo a Ud. muy atentamente. -



YESICA M. BONAFE
SUBPREFECTO (EG)
PROSECRETARIA
"Insp. Gral. Baltasar A. Iramain".
SERVICIO PENITENCIARIO BONAERENSE
Sello y Firma del Funcionario

.....
Firma del Interesado

PROCESO DE SELECCIÓN

El proceso de selección consistirá en la administración de pruebas, eliminatorias en cada instancia, cuyos resultados se van a ir notificando a medida que finalice cada una de ellas de manera personal o por correo electrónico declarado.

Los postulantes deberán **presentarse con su DNI**, en cada fecha y horario que se los cite, con vestimenta acorde a un establecimiento educativo (se mencionan opciones a modo de ejemplo: camisa blanca, pantalón o pollera negra, abrigo negro. Cabello recogido)

Para afrontar las diferentes evaluaciones, cada aspirante deberá traer:

- Útiles de escritura (Lápiz, goma, lapicera y hojas A4 en blanco).
- Teléfono celular con datos.
- Elementos de higiene personal
- El día de la evaluación física presentarse con equipo deportivo (remera blanca, pantalón azul, abrigo azul)

CRONOGRAMA TENTATIVO DE EVALUACIONES

- Examen de Conocimientos Generales y Examen Psicotécnico (desde el lunes 12 al miércoles 14 de agosto del año 2024).
- Examen de Salud (al momento de presentarse al Establecimiento a entregar los estudios médicos. Desde el lunes 14 al viernes 18 de octubre de 2024).
- Examen de Aptitud Física (al momento de recibir el Apto médico estará habilitado para realizar el examen. Desde el lunes 14 al viernes 18 de octubre de 2024).
- Entrevista Personal con referentes Institucionales (desde el lunes 11 al viernes 15 de noviembre de 2024).
- Para ingresar a este Instituto de Formación deberá aprobar todas las instancias de evaluación teniendo en cuenta que cada una de ellas son eliminatorias.
- Se le otorgará fecha y hora para concurrir a la primera evaluación al momento de presentar la documentación solicitada en la Inscripción.
- Para las evaluaciones siguientes se otorgarán turnos luego de superar cada instancia, destacando que el mismo día que se lleve a cabo el examen de salud, si se encuentra APTO médico realizará el Examen de Educación Física.

EXAMEN DE CONOCIMIENTOS GENERALES

Los inscriptos, deberán resolver una prueba que tiene como objetivo realizar una selección de los aspirantes, como así también efectuar una evaluación diagnóstica de las destrezas cognitivas tales como: interpretar, analizar, sintetizar, ordenar, describir, definir, comparar y relacionar contenidos.

- Deberán concurrir a esta evaluación con Teléfono Celular que contenga datos y útiles de escritura (Lápiz, goma, lapicera y hojas A4 en blanco).

IMPORTANTE

Se encuentra en la página oficial del Servicio Penitenciario Bonaerense, **Temas y Material de lectura sugerido** para el estudio de los temas que forman parte del examen.

Adelantamos algunas consideraciones sobre la prueba que resultan importantes.

- *Los temas a evaluar y la bibliografía sugerida para prepararse se encuentran a disposición en la página oficial del Servicio Penitenciario Bonaerense (www.spb.gba.gov.ar)*
- *El sistema de examen es del tipo opciones múltiples.*
- *Es importante leer bien las consignas antes de contestarlas.*
- *Las preguntas se deberán responder en el orden establecido, comenzando por la primera y consecutivamente.*
- *Una vez indicada una respuesta, la misma no podrá ser borrada.*
- *Usted dispondrá de 40 minutos para la realización de la prueba, por lo que es importante administrar bien el tiempo.*
- *Junto a cada ítem se aclara su valor.*
- *Se requieren 4 puntos sobre 10 para aprobar.*
- *La corrección del examen se realizará por el sistema informático institucional, por lo que el resultado de este estará disponible inmediatamente luego de **enviado** el examen.*
- *Aparecerá una pantalla con su nota final y datos personales (Apellido y Nombre y DNI).*
- *Una vez culminado el proceso deberá contestar una breve encuesta.*

EXAMEN PSICOTÉCNICO

Los postulantes que hayan superado la evaluación de conocimientos generales, realizarán pruebas grupales e individuales a cargo de profesionales psicólogos, con la finalidad de comprobar que no existan patologías o deficiencias de índole psicológica que sean causales de exclusión y, además, visualizar las competencias requeridas para el ingreso a la Institución de acuerdo al perfil profesional pretendido para las tareas del Escalafón Cuerpo General.

Deberá presentarse al examen con:

- **DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA: deberá imprimirla y completarla con lapicera y letra legible.** (Se encuentra en las Páginas 21 a 24).
- **04 (cuatro) hojas A4 en blanco**
- **Lápiz y goma**



EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ASESOR

Declaración Jurada Obligatoria

IMPORTANTE

La presente reviste carácter de Declaración Jurada, completa, precisa, histórica, actual y transparente.

DATOS PERSONALES

- Apellido y nombre:
- Fecha y lugar de nacimiento:
- Nacionalidad:
- Sexo: F.....M.....X.....
- Identidad de Género con el cual se auto percibe:
- DNI:
- Domicilio legal (que figura en el DNI):
- Domicilio real (si es el mismo no completar el campo):
- Teléfono:
- Teléfonos alternativos (para casos de urgencia).
 - 1/
 - 2/
 - 3/

- Estado civil:

AREA SOCIAL:

GRUPO FAMILIAR DE ORIGEN: (Padres, Hermanos, etc...)

| PARENTESCO | NOMBRE APELLIDO | EDAD | OCUPACION |
|------------|-----------------|------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Algún familiar recibe asistencia estatal (pensión, plan social, etc...) SI / NO

¿Quién?

¿Quién mantiene los gastos económicos de la familia?

.....

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

| PARENTESCO | NOMBRE APELLIDO | EDAD | OCUPACION |
|------------|-----------------|------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Posee cobertura médica u Obra Social? NOSI.....Cuál?.....

Obligatoria NOSI Voluntaria

A cargo de algún familiar

NIVEL EDUCATIVO (Marque con una X el que corresponde)

¿Estudios Secundarios Completos? SI.....No.....

Si la respuesta es SI:

¿En Plan Fines?

Año de inicio y año en el cual culminó

Escuela/Colegio

¿Repitió algún grado /año: ¿Cuál?

¿Posee alguna Formación Terciaria / Universitaria? NOSICuál?

Realizo Cursos de capacitación, oficios, etc.? NOSI Cuáles?

.....

Si la respuesta es NO:

¿Repitió algún grado / año? Especifique

Año de inicio

Escuela / Colegio

Materia que adeuda

ANTECEDENTES LABORALES

¿Trabaja actualmente? SI NO ¿Dónde?
.....

En caso de pertenecer al Servicio Penitenciario Bonaerense, indicar su destino, Unidad en la que Trabaja

¿Pertenece a otra Fuerza de Seguridad? SI NO ¿Cuál?.....

Intento ingresar con anterioridad a esta carrera u otra carrera de seguridad? SINO

Cual?

¿Su familia sabe de la intención de sumarse al Servicio Penitenciario Bonaerense? NO.....SI.....

¿Qué opina su familia acerca de esta nueva etapa y de su futura inserción al Servicio Penitenciario Bonaerense?.....

¿Está en conocimiento de que esta carrera cuenta con internado? NO.....SI.....

¿Posee conocimiento de los elementos necesarios para el internado?.....

¿Está al tanto de los costos?.....

¿Conoce alguna Unidad Carcelaria? SI.....NO..... ¿Cuál y Por qué?.....

AREA PSICOFISICA:

Realizo alguna vez tratamiento psicológico y/o psiquiátrico?

Año y tiempo de Tratamiento

Tiene indicado y/o recetado algún psicofármaco actualmente? NOSI Especifique

¿Ha consumido alguna vez estupefacciones?

DiariamenteFrecuentemente..... Esporádicamente.....Ocasionalmente?

ASPECTOS PSICOSOCIAL / VINCULAR:

Menciona **2** aspectos **positivos** y **negativos** de tu personalidad

¿Cómo definiría la violencia?

¿Cómo reacciona frente a una provocación de otra persona?

Argumente

¿Alguna vez ha tenido que utilizar acciones de violencia para solucionar alguna situación? Describa como fue/ron la/las situación/es y cómo reaccionó

¿Ha atravesado o padecido alguna situación de violencia?

Declaro bajo juramento que:

- **Los datos consignados en esta Declaración son correctos y completos.**
- **El/la que suscribe, manifiesta en calidad de declaración jurada y asume toda responsabilidad civil, penal y administrativa, por cualquier falsedad, omisión u ocultamiento de lo contenido en el presente documento.**

Lugar y fecha:

Firma:

Aclaración

DNI:

EXAMEN DE SALUD

Los postulantes que hayan aprobado la evaluación psicotécnica, deberán cumplimentar con el examen de salud, destacando que el día y horario de entrega de los estudios médicos, se realizará mediante turno, que se le brindará mediante correo electrónico. Cabe destacar que, al momento de cumplimentar con la entrega de estudios médicos, se llevará a cabo la evaluación correspondiente.

Este examen tiene la finalidad de comprobar que en los postulantes no existan causas de exclusión médica, por lo que la Sección Sanidad de la Escuela de Cadetes tendrá a su cargo la supervisión de los estudios médicos presentados que abarcan distintos aspectos físicos y orgánicos de todos los inscriptos y la realización de mediciones antropométricas.

Antes de comenzar a realizarse los estudios médicos, tenga en cuenta de no poseer alguna de las siguientes afecciones que pueden ser **MOTIVO DE RECHAZO**, a saber:

- **PESO:**
 - **Índice de Masa Corporal (IMC)** el cual surge de dividir peso sobre altura al cuadrado ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$) que no puede ser **menor a 18.5 o mayor a 30.**
 - **Circunferencia de Cintura (CC)** el cual surge de la medición de la circunferencia de la cintura que **no debe superar 88 centímetros para la mujer y 102 centímetros para varones.**
- **AGUDEZA VISUAL:** tener una agudeza visual **menor a 7/10 en cada ojo sin corrección y menor a 10/10 en cada ojo con corrección.**
- **ESTATURA:** inferior a 1,50 mts. para las mujeres y 1,60 mts. para los hombres. Los límites relacionados con la estatura serán considerados con otros indicadores de salud del postulante.
- **AUDICIÓN:** sordera progresiva o pérdida superior al 20%
- Padecer alguna de las siguientes patologías: Asma, Hernias Inguinales, Artritis, Diabetes, Epilepsia, Hipertensión, flebitis, tromboflebitis, Dislalias, Hipertiroidismo, secuelas de fracturas o cirugías.
- Tatuajes en zonas expuestas con motivos impropios u ofensivos.
- **Malformaciones congénitas** que impidan el correcto manejo de elementos de seguridad.
- Encontrarse **embarazada** al momento del examen.

Es dable destacar que al momento de presentarse a la evaluación deberá contar con la documentación completa que se encuentran en **la “Ficha de reconocimiento Médico”. Páginas 29 a 37.** A continuación encontrará un instructivo para poder completarlos de manera correcta.

INSTRUCTIVO ÁREA SANIDAD

Antes de completar la ficha de Reconocimiento Médico lea atentamente para evitar inconvenientes:

- Ud. deberá imprimir y presentarse con la “Ficha Reconocimiento Médico” la cual se encuentra desde la **página 29 a 37**.
- Ud. deberá completar las **páginas 29 a 31** de la “**DECLARACION JURADA MÉDICA**”, teniendo presente que es una **declaración jurada y su omisión o alteración de los datos serán motivos de RECHAZO O SANCIÓN**.
- Deberá concurrir a los especialistas Clínico, Cardiólogo, Oftalmólogo, Neurólogo, Neumólogo, Otorrinolaringólogo y Odontólogo a fin de que los mismos completen el apartado correspondiente a cada uno de ellos y que se encuentran en las **páginas 32 a 36** teniendo en cuenta:
 - **Que deberán informar cada uno de los estudios que figuran.**
 - **Que deberán colocar el nombre y fecha del postulante al comienzo del informe.**
 - **Que el profesional deberá firmar y sellar al pie de cada informe.**
- **La página 37** será completada en la Escuela de Cadetes el día del examen médico evaluador.
- Deberá presentar **certificación de vacunación completa** (deberá concurrir con libreta sanitaria o certificado de vacunación más fotocopia del mismo/a a fin de dejar esta última).
- Deberá realizarse los siguientes estudios médicos que serán incluidos en una carpeta de tres solapas color amarillo para el femenino, verde para el masculino, naranja para otro, a saber:

LISTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO:

- *HEMOGRAMA*
- *UREA*
- *CREATININA*
- *ERS*
- *GLUCEMIA*
- *PERFIL LIPÍDICO COMPLETO*
- *TSH, T4L Y T3*
- *HEPATOGRAMA*
- *COAGULOGRAMA*
- *GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO*
- *ORINA COMPLETA*
- *SEROLOGIAS: HIV, CHAGAS, VDRL*
- *TEST EMBARAZO EN SANGRE MENOR A UN MES (HCGB)*

ESTUDIOS COMPENDIDOS EN EVALUACION POR ESPECIALISTAS

Listado de estudios radiológicos:

- RX. TÓRAX F Y P
- RX. COLUMNA LUMBOSACRA F Y P

Listado de estudios Cardiológicos:

- ECG
- ERGOMETRIA Y CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Listado de estudios Otorrinolaringológicos:

- AUDIOMETRÍA

Listado de estudios Neurológicos:

- ELECTROENCEFALOGRAMA

Listado de estudios Neumonológicos:

- ESPIROMETRÍA

Listado de estudios oftalmológicos:

- AGUDEZA VISUAL CON Y SIN CORRECCIÓN
- CAMPO VISUAL POR CONFRONTACIÓN

Evite viajes innecesarios. Corrobore tener todos los estudios médicos completos, de lo contrario no serán recibidos. Sin excepción.



FICHA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO

Declaración Jurada Médica Obligatoria

IMPORTANTE

La presente reviste carácter de Declaración Jurada, completa, precisa, histórica, actual y transparente. Quien incumpla con alguno de los extremos precitados y/o acompañe documentación total o parcialmente adulterada (sea esta física o electrónica, offline u online), será pasible de las sanciones que por normativa vigente correspondan.

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre.....
 DNI..... Sexo..... Edad..... Estado Civil.....
 Fecha de Nacimiento...../...../..... Nacionalidad.....
 Domicilio..... Localidad.....
 Teléfono.....

Marque con una cruz las enfermedades padecidas una por una y con la misma lapicera que firma.

Trastornos Neurológicos

Epilepsia Crisis Convulsivas Derrame Cerebral Cirugía de Cráneo Vértigo Cefaleas
 Otros.....

Trastornos Psiquiátricos

Crisis Nerviosas Depresión Pánico Fobias Ansiedad
 Otros.....

Trastornos Visuales

Miopía Hipermetropía Glaucoma Astigmatismo
 Uso de lentes de contacto
 Otros.....

Trastornos de Audición

Disminución de la Audición Zumbidos Otitis a Repetición

Otros.....

Trastornos respiratorios

Broncoespasmos a Repetición Asma Neumonías Tos Persistente Tuberculosis
Alergias Respiratorias

Otros.....

Trastornos Cardiovasculares

Arritmias Cirugía Cardiovascular Presión Alta Hipotensión

Indique las cifras de presión habitual.....

Trastornos Digestivos

Gastritis Úlcera Gástrica/Duodenal Hepatitis Pancreatitis Diarreas Hemorroides
Enfermedad Celíaca Otros.....

Trastornos Ginecológicos

¿Menstrua regularmente?..... Fecha de Última Menstruación...../...../.....

Embarazos Sí No ¿Cuántos?..... Partos Normales..... Cesáreas.....

Presión Alta o Diabetes en el Embarazo Sí No

Trastornos Metabólicos

Diabetes Gota Problemas de Colesterol Obesidad Cirugía Bariátrica

Otros.....

Trastornos Endócrinos

Hipertiroidismo Hipotiroidismo Nódulos Tiroideos

Otros.....

Trastornos de la Piel

Psoriasis Vitiligo Pénfigo Alergias cutáneas al sol

Otros.....

Trastornos Reumáticos u Osteoarticulares

Fiebre Reumática Artritis Reumatoidea Lupus Eritematoso Hernias de Disco Artralgias
Artrosis

Otros.....

Várices en Miembros Inferiores Sí No

¿Fracturas?..... ¿Luxaciones?.....

¿Esguinces?..... ¿Quemaduras?.....

¿Cirugías?.....

Malformaciones Congénitas.....

Hábitos y Costumbres

¿Fuma? Sí No ¿Cuántos por día?.....

¿Bebe Alcohol? Sí No ¿Qué bebidas?..... ¿Cuánto?.....

¿Practica Deportes? Sí No ¿Cuál/es?.....

¿Consumo Remedios? Sí No ¿Cuál/es?.....

Antecedentes vacunatorios: (Consultar calendario nacional en el anexo)

| | | | |
|-----------------|--|-------------------|--|
| COMPLETA | | INCOMPLETA | |
| | | | |

Antecedentes familiares:

| | VIVO | FALLECIDO | ENFERMEDAD |
|-----------------|------|-----------|------------|
| PADRE | | | |
| MADRE | | | |
| HERMANOS | | | |

Declaro bajo juramento que:

- Los datos consignados en este Formulario son correctos y completos.
- He confeccionado esta declaración sin falsedad ni omitir dato alguno, siendo la misma fiel expresión de la verdad.
- Conozco las penalidades/sanciones establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente declaración.

Art. 293 Código Penal de la Nación Argentina: “Será reprimido con reclusión o prisión de 1 (uno) a 6 (seis) años el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento debe probar, de modo que pueda resultar perjuicio. - Si se tratare de los documentos o certificados mencionados en el último párrafo del artículo anterior, la pena será de 3 (tres) a 8 (ocho) años”.

Lugar y Fecha.....

Firma del postulante.....

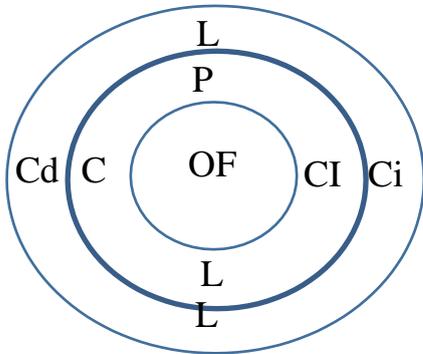
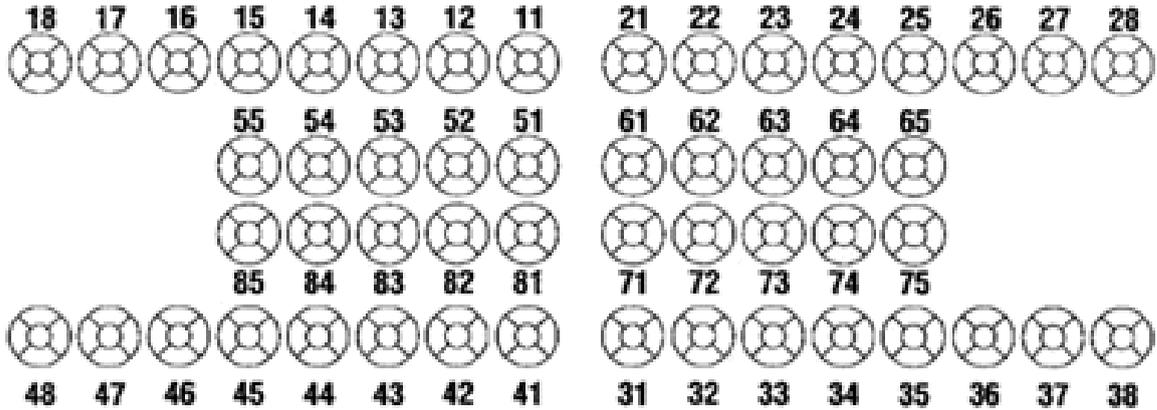
Apellido y nombre

DNI N°

EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA

Fecha: ____ / ____ / ____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....



- LS: Labio superior
- PD: paladar duro
- OF orofringe
- L: lengua
- LI: labio inferior
- CD: Carrillo der.
- Cd: Comisura der.
- CI: Carrillo izq.
- Ci: Comisura izq.

Observaciones.....

.....

Firma y Sello Odontología

EVALUACIÓN CARDIOLÓGICA

Fecha: ____ / ____ / ____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....

Examen cardiovascular:.....

.....

ECG:.....

Ergometría:.....

.....

El aspirante se encuentra en condiciones de realizar actividad física

 SI NO

Firma y Sello Especialista en Cardiología

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

Fecha: ____ / ____ / ____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....

(DEBERA SUPERAR 7/10 EN CADA OJO SIN CORRECCION)

Agudeza visual **sin corrección** OD.....OI.....

Con corrección OD.....OI.....

Campo visual por confrontación.....

Visión Cromática.....

Observaciones.....

Firma y Sello Especialista en Oftalmología

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

Fecha: ____/____/____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....

Examen neurológico:

.....

.....

Electroencefalograma:

.....

Firma y Sello Especialista en Neurología

EVALUACIÓN NEUMONOLÓGICA

Fecha: ____/____/____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....

Espirometría:

.....

Firma y sello Neumólogo

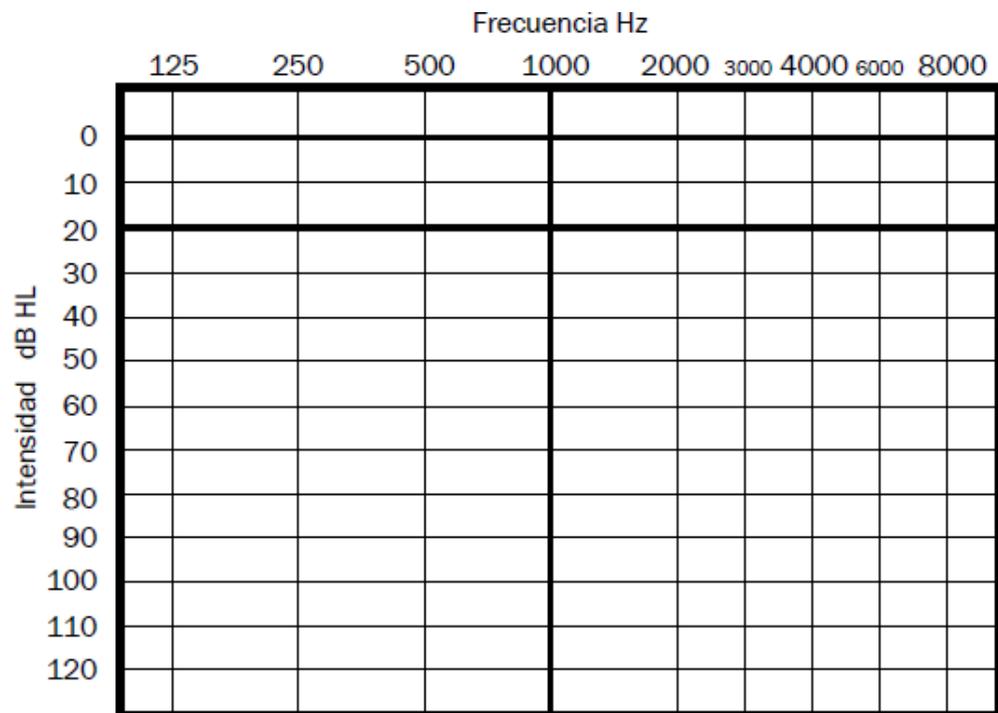
EVALUACIÓN OTORRINOLARINGOLÓGICA

Fecha: ____/____/____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....

Nariz – garganta - oídos:

Audiometría:



Firma y sello ORL

EVALUACIÓN CLÍNICA

Fecha: ____/____/____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....

Datos Antropométricos:

Peso Kg.....Altura mts..... IMC.....CC.....

Examen clínico:

Interrogatorio:

Hábitos Fisiológicos:

Catarsis.....

Diuresis.....

Sueño.....

Alimentación.....

Intolerancias.....

Inspección:

General:.....

Ap. Respiratorio: FR:..... Auscultación.....Sat O2:.....

Ap. Cardiovascular: R1.....R2.....FC:.....Rimo cardiaco.....

Tensión Arterial:Pulsos periféricos.....

Abdomen:

Ap. Genitourinario:.....

Ap. Locomotor:

Sist. Nervioso:

Extremidades:.....

Observaciones:.....

El aspirante se encuentra en condiciones de realizar actividad física

SI

NO

Firma y sello médico clínico

**FICHA A COMPLETAR POR MÉDICO EVALUADOR
(Escuela de Cadetes)**

APELLIDO Y NOMBRE:

Datos Antropométricos:

Peso Kg.....Altura mts..... IMC..... CC.....

Datos de Laboratorio:

CLINICOS:

SEROLOGIAS:

EMBARAZO:

Evaluación Radiológica:

Rx. Tórax F Y P:.....

Rx. Columna Lumbosacra F Y P

APTO

NO APTO

Motivo:

Fecha:

Firma y sello Médico Evaluador

RECUERDE ANTES DE CONCURRIR

- EVITE VIAJES INNECESARIOS, CORROBORE TENER TODOS LOS ESTUDIOS.
- NO SE RECIBIRAN CARPETAS INCOMPLETAS.
- CORROBORE DE ESTAR EN CONDICIONES DE PESO Y TALLA LIMITANTES.
- CORROBORE ESTAR EN CONDICIONES DE AGUDEZA VISUAL LIMITANTE.
- CORROBORE TENER COMPLETO TODOS LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO UBICADOS EN LA LISTA CORRESPONDIENTE.
- CORROBORE QUE LA FECHA, EL NOMBRE Y APELLIDO DEL ASPIRANTE FIGURE EN EL APARTADO DE CADA ESPECIALIDAD MÉDICA.

EXAMEN DE APTITUD FÍSICA

Desde el Departamento de Educación Física, busca evaluar las capacidades condicionales y coordinativas mínimas e indispensable de los y las Aspirantes con la finalidad de diagnosticar y programar. La **Resistencia Aeróbica** es importante porque nos ayuda a mantener y mejorar la salud y un bienestar global; el **desarrollo del sistema muscular** nos ayudará a mantener una buena postura tanto estática como dinámica y prevenir las lesiones y la **Coordinación** es una de las Capacidades Físicas del ser humano y cualidad básica para cualquier acción motriz como desplazarse, saltar, girar, etc. Estas se denominan Capacidades Físicas Básicas. Por lo tanto, el rendimiento físico será determinante para la efectividad operativa del individuo en las diferentes situaciones que se le presentan o requieran.

REQUISITO

LOS ASPIRANTES DEBERÁN APROBAR CON UNA NOTA MÍNIMA DE 4 PUNTOS EN LAS 2 PRUEBAS QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLAN

PROGRAMA GENERAL DE EVALUACIÓN

➤ **PRIMERA PRUEBA: AMRAP 5 MINUTOS (mayor cantidad de rondas en 5 minutos)**

OBJETIVO DE LA PRUEBA:

- A través de este método derivado del CrossFit, AMRAP que significa (AS MANY ROUNDS/REPS AS POSSIBLE) TANTAS RONDAS COMO PUEDES, es de gran utilidad para valorar la condición física cardiovascular y de fuerza Muscular. El AMRAP propuesto se centra en la realización de movimientos funcionales constantes, nos ayuda a observar no sólo resultados físicos sino emocionales, observando si se alcanzan los objetivos propuestos para el ingreso, así cuando el cuerpo está a punto de alcanzar la máxima fatiga, es la mente que juega un papel determinante para poder concluir la repetición.
- La realización de este tipo de actividad no requiere la utilización de materiales y es adaptable al gimnasio de la Institución en caso de lluvia.

PRUEBA

A- 5 FLEOXEXTENSIONES DE BRAZOS

B- CARRERA CONTINUA 15 METROS

C- 5 SPRAWL.



FORMA DE EJECUCIÓN

A- SPRAWL

De la posición erguido, realizar una plancha alta apoyando las manos en el suelo y llevar los pies de un salto hacia atrás ([posición de plancha](#) alta), luego en un salto llevar los pies hacia delante y colocarlos a los lados de las manos e incorporarse rápidamente a posición erguida. REPETIR EL CICLO 5 VECES.



B- CARRERA CONTINUA A LA MAYOR INTENSIDAD POSIBLE

C- FLEXOEXTENSION DE BRAZOS: 2 ALTERNATIVAS

Luego de realizar los 15 metros de carrera, el postulante debe realizar un giro de 180° e inmediatamente sin pausa comenzar con la opción de uno u otro ejercicio que a continuación se detallan:

1) FLEXOEXTENSIONES DE BRAZOS SIN APOYO DE RODILLAS

El postulante adoptará la posición de cubito ventral con la cabeza, el tronco, la pelvis y las piernas en una misma línea, Los pies deberán estar juntos o levemente separados apoyados en el suelo. Con los brazos extendidos, las manos se apoyarán en el suelo debajo de los hombros con los dedos hacia delante, el postulante flexionará los brazos, de manera tal que el tronco descienda cerca del piso; volviendo de forma rápida a la posición inicial. REPITA EL CICLO 5 VECES.



2) FLEXOEXTENSIONES DE BRAZOS CON APOYO DE RODILLAS

Tumbado boca abajo en el suelo, con los brazos extendidos, manos apoyadas en el suelo separadas ancho de hombros. Las rodillas deben permanecer apoyadas en el suelo en todo momento y los pies cruzados.

Desde esa posición, flexionar los brazos hasta que el pecho casi toque el suelo, regrese a la posición inicial, REPITA EL CICLO 5 VECES.



PUNTUACIÓN:

En el caso que el/la Postulante opte por una u otra forma de realizar las flexoextensiones de brazos deberá efectuarla en todo momento que realice la prueba, no pudiendo alternar entre una u otra forma.

Si el /la Postulante optara por la flexoextensión de brazos con apoyo de rodillas obtendrá una menor puntuación que si lo realiza sin apoyo de rodillas.

➤ **SEGUNDA PRUEBA: TEST DE HABILIDAD, COORDINACIÓN Y DESTREZA MOTORA**

(Ver gráfico adjunto)

DEBERÁN REALIZAR ESTE CIRCUITO 2 VECES EN FORMA CONSECUTIVA COMPRENDE

- a) 5 JUMPING JACKS
- b) SALTO DE VALLA A PIES JUNTOS (40 cm)
- c) DESPLAZAMIENTO EN CUADRUPEDIA CON APOYO DE ANTEBRAZOS (4 METROS)
- d) 3 SALTOS EN LARGO A PIES JUNTOS CON FLEXIÓN DE RODILLAS
- e) CARRERA CON RECEPCIÓN Y PASE, RECEPCIÓN Y PASE
- f) COORDINACIÓN A UN PIE EN ESCALERA DE COORDINACIÓN, POR LA IZQUIERDA VUELVO TROTE ATRÁS, POR LA DERECHA
- g) 4 SALTOS UNIPODALES DENTRO DE LOS AROS, DERECHA, IZQUIERDA, DERECHA, IZQUIERDA
- h) DESPLAZAMIENTOS EN VELOCIDAD HACIA ADELANTE, TROTE HACIA ATRÁS Y NUEVAMENTE VELOCIDAD HASTA EL FINAL

SE EVALÚAN: Habilidades motrices fundamentales, La coordinación viso-motora, desplazamientos, equilibrio, frecuencia de paso y velocidad de reacción.

CIRCUITO COMPLETO



CIRCUITO POR PARTES

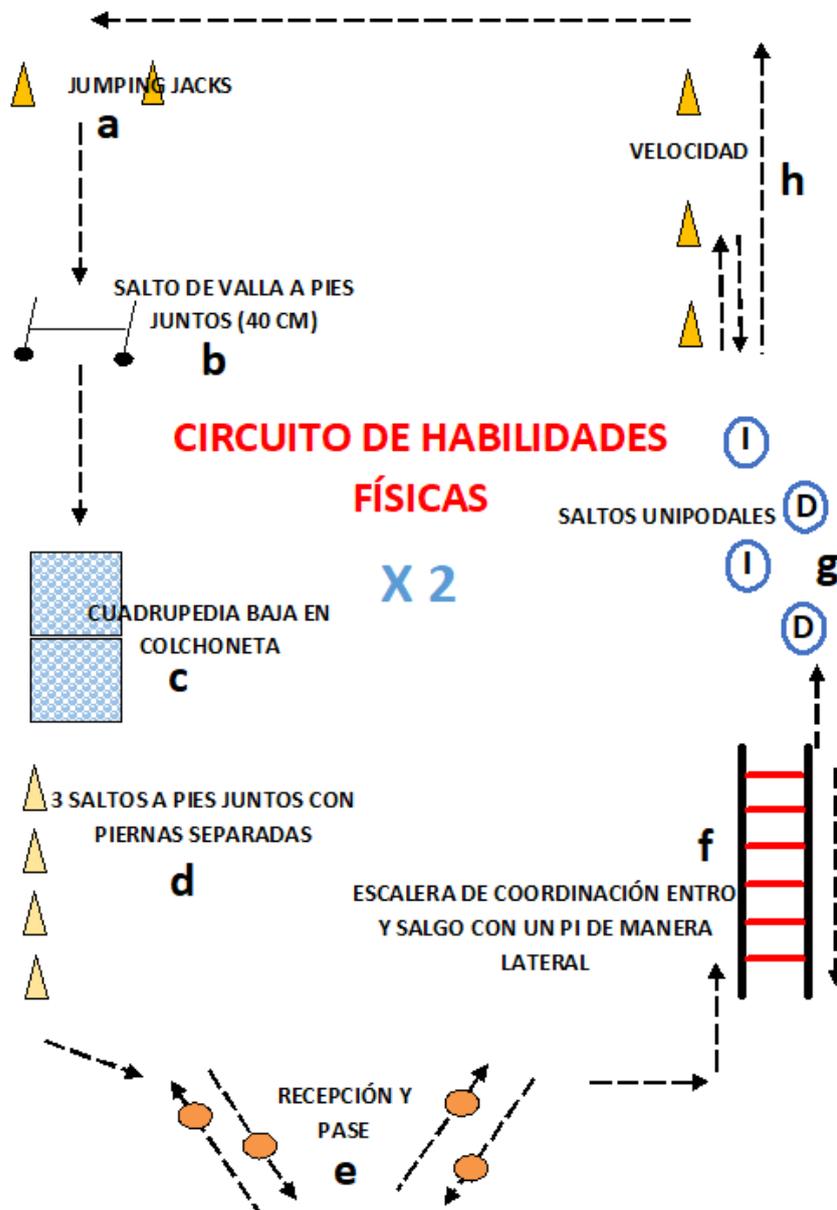


PUNTUACIÓN:

Se evalúa por cada vuelta al circuito con una nota de 1 a 10, quedando una nota final del promedio de ambos, se tendrá en cuenta la ejecución de cada ejercicio y la dinámica con la que se desarrolla la totalidad del circuito.

LA NOTA FINAL DEL EXAMEN RESULTA DEL PROMEDIO DE LAS PRUEBAS AMRAP 5 MINUTOS MAS LA NOTA DEL TEST DE HABILIDAD, COORDINACIÓN Y DESTREZA MOTORA

CIRCUITO DE HABILIDAD, COORDINACIÓN Y DESTREZA MOTORA



APARTADO DE ACLARACIONES

Se recomienda a los postulantes leer con atención los apartados que se presentan a continuación, vinculados con aspectos fundamentales del proceso de inscripción.

ACLARACIÓN I

Al concluir los exámenes y obtener el Apto en las distintas instancias evaluadoras (cada una de ellas presenta carácter eliminatorio), se elaborará una nómina (de mayor a menor) según un orden emanado del promedio que arrojen los exámenes descriptos (Orden de Mérito). En función de ese listado y vinculado con las necesidades de la Institución, y en el marco del “Plan de Infraestructura Penitenciaria” vigente, ingresará sólo una cantidad determinada de postulantes según el cupo establecido por la Jefatura del Servicio Penitenciario.

ACLARACIÓN II

Se deja constancia que de la totalidad de los que efectivamente ingresen se destinará un cupo del diez por ciento (10%) para personal que revista en el Servicio Penitenciario, sujeto a los parámetros ya enunciados. No obstante, la incorporación de aquellos Suboficiales que exhiban cualquier tipo de sanción institucional en su legajo personal, quedará a consideración y decisión final por parte de las autoridades de la Repartición.

ACLARACIÓN III

Los postulantes podrán conocer los resultados a través de notificaciones formales emitidas por el Instituto Superior.

ACLARACIÓN IV

Se deja constancia que todos los aspirantes que se incorporen a la Escuela de Cadetes en calidad de alumnos, deberán suscribir la normativa vigente que regula la actividad global de todos los estudiantes durante la totalidad de la carrera. Por otra parte, se hace saber que el Instituto Superior delega en los estudiantes la responsabilidad de obtener la indumentaria obligatoria requerida.

ACLARACIÓN V

Los postulantes que no obtengan el ingreso al Instituto Superior, podrán retirar la documentación presentada luego de finalizado el Proceso de Selección hasta el día 31/01/25.