FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE INTERÉS DEPORTIVOS IDRD – IED RAFAEL URIBE URIBE 2023

El objetivo de esta ficha es recopilar la información básica de los estudiantes que participaran en las actividades de jornada escolar complementaria durante el año 2023, con la intención de reconocer y tener toda la información de los estudiantes en caso de ser necesaria en el desarrollo de las actividades. De igual forma nos ayudará a llevar un seguimiento durante el año académico.

DATOS PERSONALES

Nombre completo del estudiante: Lina Marcela Fuentes Ramos
Documento de identidad: 1025543783 Fecha de nacimiento: 08/02/2023
Nacionalidad: colombiana Edad: 13 Grado: 8 Curso: 803 Numero de celular del estudiante: 3202612249 Nombre del director de grupo: Harlen Cortes
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI ___ NO X ¿Cuál? ___

Centro de interés seleccionado: Baloncesto Nombre del formador: ___
TALLA: 155 PESO: 61 IMC: ___ FECHA DEL REGISTRO: ___
TALLA: ___ PESO: ___ IMC: ___ FECHA DEL REGISTRO: ___
TALLA: ___ PESO: ___ IMC: ___ FECHA DEL REGISTRO: ___

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: Sanitas ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante realizar actividad física? SI ___ NO X ¿Cuál? ___

¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? SI ___ NO X ¿Cuál? ___
¿Usa gafas de forma permanente? SI ___ NO X
¿Toma medicamentos? SI ___ NO X Relacione el medicamento y la dosis ___

¿Tiene alergias? SI ___ NO X ¿Cuál(es)? ___ ¿Ha tenido fracturas? SI ___ NO X
¿Cuáles? ___
Tiene alguna otra información médica que considera relevante, del estudiante: ___

INFORMACIÓN DEL(OS) ACUDIENTE(S)

Relacione dos contactos en caso de emergencia.
Nombre completo: Josleydis Ramos Martinez Parentesco: Mamá
Numero de celular: 3103402142

Nombre completo: Aleydis Martinez Canaval Parentesco: Abuela
Número de celular: 311 556 21 99

Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si X no ___ confirme su número de WhatsApp: 3202612249 – 3103402142

Como padre de familia y/o acudiente confirmo que la información acá reportada es verídica, para completar el formulario escanee el código QR y anexe la copia del documento de identidad del estudiante, y la certificación, afiliación o carné de la EPS a la cual está registrado actualmente, en un solo PDF. Si presenta algún diagnóstico médico o patología especifica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: Josleidys Ramos Nombre del acudiente: Josleidys Ramos
Cédula: 1033719235.

IDRD | BOGOTÁ

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.025.543.783**

FUENTES RAMOS

APELLIDOS

LINA MARCELA

NOMBRES



Lina marcela fuentes

FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-FEB-2028 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

08-MAY-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00906295-F-1025543783-20170519 **00554**63741A 1 1174432427

Powered by CamScanner

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1033719255
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramos Martinez,Josleydis
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

Powered by CamScanner

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	**TI 1025543783**
NOMBRES Y APELLIDOS	**Fuentes Ramos,Lina Marcela**
TIPO DE AFILIADO	**Beneficiario**
TIPO DE TRABAJADOR	**N/A**
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	**01/07/2021**
ESTADO DE AFILIACIÓN	**Vigente**
ESTADO DE SERVICIO	**Habilitado**
REGIMEN	**Contributivo**

La presente se expide a nombre de Ramos Martinez,Josleydis , a los 19 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Powered by CamScanner