

OBLIGACIÓN 4

ANTECEDENTES MEDICOS

ABRIL

CENTRO DE INTERES

FLAG FOOTBAL

IED ATABANZHA

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE INTERÉS DEPORTIVOS IDRD – COLEGIO ATABANZHA IED

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 2026, 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: Emmanuel Camacho Bugales
Documento de identidad: 1028788765 Fecha de nacimiento: 09-Mar-2012
Nacionalidad: Colombiana Edad: 14 Grado: Octavo Curso: 802 Numero de celular del estudiante: 3219864119 Nombre del director de grupo: Camila Martinez
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?

Centro de interés seleccionado: fútbol de balón Nombre del formador:
TALLA: 1.57.5 PESO: 63.7 kg IMC: 25.84 FECHA DEL REGISTRO: 03-feb-2026
TALLA: 1.53.5 PESO: 63.5 IMC: FECHA DEL REGISTRO:
TALLA: PESO: IMC: FECHA DEL REGISTRO:

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: Famisanar ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante realizar actividad física? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?
¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?
¿Usa gafas de forma permanente? SI ☐ NO ☒
¿Toma medicamentos? SI ☐ NO ☒ Relacione el medicamento y la dosis
¿Tiene alergias? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál(es)? ¿Ha tenido fracturas? SI ☐ NO ☒
¿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: Edward Camacho Rodriguez Parentesco: Padre
Numero de celular: 3110446752
Nombre completo: Yuri Jasmin Pimila Rodriguez Parentesco: Tia
Número de celular: 313 2926 7115
Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si ☒ no ☐ confirme su número de WhatsApp: 3110446752

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 específica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: Edward Camacho R
Nombre del acudiente: Edward Camacho Cédula: 79984562



IDRD

BOGOTÁ

Jornada Escolar
Complementaria

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE
INTERÉS DEPORTIVOS IDRD – COLEGIO ATABANZHA IED

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 2026, 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: Kevin Adrián Vélez Cajica
Documento de identidad: II: 1029286717 Fecha de nacimiento: 06/06/2011
Nacionalidad: Colombiana Edad: 14 Grado: 8° Curso: 801 Numero de celular del estudiante: 3143540333 Nombre del director de grupo: William Herrera
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI ☒ NO ☐ ¿Cuál? Autismo leve

Centro de interés seleccionado: _____ Nombre del formador: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: Compensar ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante realizar actividad física? SI _____ NO ☒ ¿Cuál? _____
¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? SI ☒ NO _____ ¿Cuál? Autismo leve
¿Usa gafas de forma permanente? SI ☒ NO _____
¿Toma medicamentos? SI _____ NO _____ Relacione el medicamento y la dosis _____
¿Tiene alergias? SI ☒ NO _____ ¿Cuál(es)? resfriados ¿Ha tenido fracturas? SI _____ NO ☒
¿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: Jonathan Andres rozo Parentesco: padrastro
Numero de celular: 313 3322408

Nombre completo: Liliana Pineda Parentesco: Abuela
Número de celular: 6019470477 - 3218844505 Yenny Sanchez Tia 3124817279

Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si ☒
no _____ confirme su número de WhatsApp: _____

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 específica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: Margi Dahan Cajica
Nombre del acudiente: Margi C. Cédula: 1022937226



IDRD

BOGOTÁ

Jornada Escolar
Complementaria

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE INTERÉS DEPORTIVOS IDRD – COLEGIO ATABANZHA IED

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 2026, 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: JACK DILAN MONTENEGRO CHUIGO
Documento de identidad: T-1 1016737810 Fecha de nacimiento: 11-07-2015
Nacionalidad: COLOMBIANA Edad: 10 Grado: 4 Curso: 403 Numero de celular del estudiante: 3171250566 Nombre del director de grupo: Yaimi GUERRA
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?

Centro de interés seleccionado: Nombre del formador:
TALLA: PESO: IMC: FECHA DEL REGISTRO:
TALLA: PESO: IMC: FECHA DEL REGISTRO:
TALLA: PESO: IMC: FECHA DEL REGISTRO:

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: SALVO TOTAL ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante realizar actividad física? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?
¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?
¿Usa gafas de forma permanente? SI ☐ NO ☒
¿Toma medicamentos? SI ☐ NO ☒ Relacione el medicamento y la dosis
¿Tiene alergias? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál(es)? ¿Ha tenido fracturas? SI ☐ NO ☒
¿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: MIREYA CUBILLO Parentesco: ABUELA
Numero de celular: 3125082843

Nombre completo: JUAN MONTENEGRO Parentesco: PADRE
Número de celular: 3171250566

Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si ☒ no ☐ confirme su número de WhatsApp: 3171250566

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 específica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: Juan Montenegro

Nombre del acudiente: Juan M Cédula: 30256055



IDRD

BOGOTÁ

Jornada Escolar
Complementaria

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE INTERÉS DEPORTIVOS IDRD - COLEGIO ATABANZHA IED

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 2026, 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: JACK DILAN MONTENEGRO CHUIGO
 Documento de identidad: T-1 1016737810 Fecha de nacimiento: 11-07-2015
 Nacionalidad: COLOMBIA Edad: 10 Grado: 4 Curso: 403 Numero de celular del estudiante: 3171250566 Nombre del director de grupo: Yaimi GUERRA
 Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?

Centro de interés seleccionado: Nombre del formador:
 TALLA: PESO: IMC: FECHA DEL REGISTRO:
 TALLA: PESO: IMC: FECHA DEL REGISTRO:
 TALLA: PESO: IMC: FECHA DEL REGISTRO:

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: SALVO TOTAL ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante realizar actividad física? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?
 ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?
 ¿Usa gafas de forma permanente? SI ☐ NO ☒
 ¿Toma medicamentos? SI ☐ NO ☒ Relacione el medicamento y la dosis
 ¿Tiene alergias? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál(es)? ¿Ha tenido fracturas? SI ☐ NO ☒
 ¿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: MIREYA CUBILLO Parentesco: ABUELA
 Numero de celular: 3125082843
 Nombre completo: JUAN MONTENEGRO Parentesco: PADRE
 Número de celular: 3171250566
 Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si ☒ no ☐ confirme su número de WhatsApp: 3171250566

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 específica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: Juan Montenegro

Nombre del acudiente: Juan A Cédula: 30256055

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE INTERÉS DEPORTIVOS IDRD – COLEGIO ATABANZHA IED

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 2026, 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: Tomas Murcia Torres
Documento de identidad: 1140926762 Fecha de nacimiento: 09/12/2013
Nacionalidad: Colombiano Edad: 12 Grado: 7° Curso: 7°2 Numero de celular del estudiante: _____ Nombre del director de grupo: Gabriel Toquica
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI _____ NO X ¿Cuál? _____

Centro de interés seleccionado: _____ Nombre del formador: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: Famisanar Cobubsidio ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante realizar actividad física? SI X NO _____ ¿Cuál? Baloncesto
¿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: Danny Murcia Hernandez Parentesco: Padre
Numero de celular: 323 2333778
Nombre completo: Maria Cristina Torres Parentesco: Madre
Número de celular: 312 2735479

Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si X no _____ confirme su número de WhatsApp: 312 2735479

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 específica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: Maria Cristina Torres O.

Nombre del acudiente: Maria Cristina Torres Cédula: 53 129855



IDRD

BOGOTÁ

**Jornada Escolar
Complementaria**

Flas 4° 2

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE INTERÉS DEPORTIVOS IDRD – COLEGIO ATABANZHA IED

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 2026, 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: Emw Andres Lopez Salcedo
Documento de identidad: 1013151339 Fecha de nacimiento: 25-08-2016
Nacionalidad: Colombiano Edad: 9 Grado: 40 Curso: _____ Numero de celular del estudiante: _____ Nombre del director de grupo: _____
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI _____ NO X ¿Cuál? ninguna

Centro de interés seleccionado: _____ Nombre del formador: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: Compensar ¿Presenta algún diagnóstico médico que le impida al estudiante realizar actividad física? SI _____ NO X ¿Cuál? ninguna
¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? SI _____ NO X ¿Cuál? ninguna
¿Usa gafas de forma permanente? SI X NO _____
¿Toma medicamentos? SI _____ NO X Relacione el medicamento y la dosis _____
¿Tiene alergias? SI _____ NO X ¿Cuál(es)? _____ ¿Ha tenido fracturas? SI _____ NO _____
¿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: Dahora Salcedo H Parentesco: Mamá
Numero de celular: 3203998599
Nombre completo: Andres Lopez Parentesco: Papá
Número de celular: 3203998583
Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si X no _____ confirme su número de WhatsApp: 3203998599

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 específica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: Dahora Salcedo
Nombre del acudiente: Dahora Salcedo Cedula: 20485985



IDRD

BOGOTÁ

**Jornada Escolar
Complementaria**

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA CENTROS DE INTERÉS DEPORTIVOS IDRD – COLEGIO ATABANZHA IED

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 2026, 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: Juan Pablo Buita M.
Documento de identidad: 1190930166 Fecha de nacimiento: 14-12-2015
Nacionalidad: Colombiano Edad: 10 Grado: 5 Curso: 502 Numero de celular del estudiante: _____ Nombre del director de grupo: _____
Tiene alguna discapacidad o diversidad funcional diagnosticada SI _____ NO X ¿Cuál? _____

Centro de interés seleccionado: _____ Nombre del formador: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____
TALLA: _____ PESO: _____ IMC: _____ FECHA DEL REGISTRO: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

EPS: Salud Total ¿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: Angela Buita Parentesco: Mamá
Numero de celular: 3028330508
Nombre completo: Chery Chery Parentesco: Abuela
Número de celular: 3046709458
Autoriza incluir su número de WhatsApp al grupo del centro de interés, únicamente con fines informativos, si _____ no _____ confirme su número de WhatsApp: _____

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 específica por favor adjuntar el certificado que confirme dicha información.

Firma del acudiente: Angela Buita
Nombre del acudiente: J. P. Buita Cédula: 3028330508
Angela Buita



IDRD

BOGOTÁ

Jornada Escolar
Complementaria