



No. Solicitud: 00172836						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000153961																					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO																					
<table><tr><td>Institución Académica</td><td>Campus</td><td>Grado Académico</td><td>Tipo Admisión</td></tr><tr><td>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA</td><td>USB MEDELLÍN - CAMPUS</td><td>Pregrado</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td colspan="2">Ciclo Lectivo</td><td>Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td colspan="2">SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026</td><td>NEGOCIOS INTERNACIONALES</td><td>2026-04-29</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo		Programa Académico	Fecha Generación	SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026		NEGOCIOS INTERNACIONALES
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo		Programa Académico	Fecha Generación																		
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026		NEGOCIOS INTERNACIONALES	2026-04-29																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre KEYDIS		Segundo Nombre YULEDYS		Primer Apellido RODRIGUEZ		Segundo Apellido ARTEAGA															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen		EPS		Convenio														
Fecha Nacimiento 2008-10-25	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Murindó															
Tipo Documento TI	Número Documento 1039653131	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia			Ciudad Expedición Murindó														
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Murindó	Barrio	Estrato	Dirección MURINDO ANTIOQUIA																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 314/634-6156		Otro Tipo Otros		Teléfono 313/371-1423																
Correo-E Preferido Keidyrodrigu3z044@gmail.com				Correo-E Alternativo																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico	Último Centro Docente		Tipo Institución		Fecha Grado	Título Obtenido															
Libro	Folio	Tipo Bachiller	País		Departamento	Ciudad															
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Ningún Vínculo																			
INFORMACIÓN LABORAL																					
Actualmente Trabaja No	Empresa		Cargo		Fecha Inicial	Teléfono Preferido															
País	Departamento		Ciudad		Dirección																
REFERENCIAS PERSONALES																					
Parentesco Madre	Nombre Completo ARELIS ARTEAGA RAMOS		Teléfono 313/371-1423	Extensión	Ocupación AMA DE CASA	Contacto Principal Si															
Correo-E keidy2025@icloud.com		Dirección																			
DATOS BIOGRÁFICOS																					
Discapacidad No	Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2		Tipo Discapacidad 3		Grupo Étnico														
IDIOMAS																					

La Universidad de San Buenaventura, solicita la presente información con fines tales como divulgar, comunicar y distribuir información, productos y servicios que ofrece, organizar y convocar eventos, para enviar correos electrónicos, boletines físicos y online con información, productos y servicios que ofrece, y el usuario autoriza la utilización de dicha información, según lo regulado en la ley 1581 de 2012 y en el Decreto 1377 de 2013, información que podrá darse de baja del sistema si el usuario así lo solicita, mediante solicitud dirigida al correo institucional habeasdata@usbsmed.edu.co. Si soy menor de edad, con la firma del presente formulario, autorizo a la Universidad de San Buenaventura suministrar información académica y financiera propia del proceso de formación a mis padres y/o acudientes registrados en el presente formulario.

Declaro bajo la gravedad de juramento que como mayor de edad no requiero de la asistencia de representantes legales. ☒

