



No. Solicitud: 00172885		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000158370			
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO			
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	ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS		2026-04-30
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre MICHAEL		Segundo Nombre	
Estado Civil		Sexo	
Fecha Nacimiento		País	
Tipo Documento CC		Número Documento 1036451729	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia	
Ciudad Expedición Bello		Ciudad	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia		Departamento Antioquia	
Ciudad Bello		Barrio	
Estrato		Dirección CALLE 40#59CC20 BELLO	
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 318/800-4516	
Correo-E Preferido Michaelgarciaomez28@gmail.com		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS			
Nivel Académico		Último Centro Docente	
Libro		Folio	
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		País	
REFERENCIAS PERSONALES			
Parentesco Otro Familiar		Nombre Completo Xiomara Gomez Roldan	
Teléfono 300/507-8163		Extensión	
Ocupación NO REGISTRA		Contacto Principal Si	
Correo-E		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. ☒

