



|                                               |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00174731             |                                              |                                                                  |                             | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                                           |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000159618        |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO</b>       |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
| <b>Institución Académica</b>                  |                                              | <b>Campus</b>                                                    | <b>Grado Académico</b>      | <b>Tipo Admisión</b>                                 |                                           |
| UNIV. DE SAN BUENAVENTURA                     |                                              | USB<br>MEDELLÍN -<br>CAMPUS                                      | Pregrado                    | ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO                         |                                           |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                          |                                              | <b>Programa Académico</b>                                        |                             | <b>Fecha Generación</b>                              |                                           |
| SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026                |                                              | ARQUITECTURA (MEDELLÍN)                                          |                             | 2026-06-02                                           |                                           |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                       |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
| Primer Nombre<br>STEPHANI                     |                                              | Segundo Nombre                                                   |                             | Primer Apellido<br>OLARTE                            |                                           |
| Estado Civil                                  |                                              | Sexo                                                             | Grupo Sanguíneo             | Tipo Régimen                                         | EPS                                       |
| Fecha Nacimiento                              |                                              | País                                                             |                             | Departamento                                         |                                           |
| Tipo Documento<br>CC                          |                                              | Número Documento<br>1002160534                                   | País Expedición<br>Colombia | Departamento Expedición<br>EXTERIOR                  | Ciudad Expedición<br>Buenos Aires         |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>  |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
| País<br>Colombia                              | Departamento<br>Antioquia                    | Ciudad<br>Sabaneta                                               | Barrio                      | Estrato                                              | Dirección<br>CALLE70SUR #38-358. SABANETA |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                | Teléfono<br>323/911-6868                     |                                                                  | Otro Tipo<br>Otros          | Teléfono<br>317 3384699                              |                                           |
| Correo-E Preferido<br>stolartearias@gmail.com |                                              |                                                                  | Correo-E Alternativo        |                                                      |                                           |
| <b>ESTUDIOS</b>                               |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
| 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<br>Ningún Vínculo |                             |                                                      |                                           |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                    |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
| Actualmente<br>Trabaja<br>No                  | Empresa                                      |                                                                  | Cargo                       | Fecha Inicial                                        | Teléfono Preferido                        |
| País                                          | Departamento                                 |                                                                  | Ciudad                      | Dirección                                            |                                           |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                 |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
| Parentesco<br>Madre                           | Nombre Completo<br>CINDY GILALIS ARIAS CHOGO |                                                                  | Teléfono<br>317 3384699     | Extensión                                            | Ocupación<br>MÉDICO                       |
| Correo-E                                      |                                              | Dirección                                                        |                             |                                                      |                                           |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                      |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |
| Discapacidad<br>No                            | Tipo Discapacidad 1                          |                                                                  | Tipo Discapacidad 2         | Tipo Discapacidad 3                                  | Grupo Étnico                              |
| <b>IDIOMAS</b>                                |                                              |                                                                  |                             |                                                      |                                           |

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. ☒

