



|                                                           |                                                               |                                                                                          |                                             |                                                      |                                                      |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|                                                           |                                                               | <b>No. Solicitud:</b><br>00177628                                                        |                                             | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                                                      |
|                                                           |                                                               | <b>Id. Solicitante:</b><br>30000161033                                                   |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO</b>                   |                                                               |                                                                                          |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>Institución Académica</b><br>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA |                                                               | <b>Campus</b><br>USB<br>MEDELLÍN -<br>CAMPUS                                             | <b>Grado Académico</b><br>Especialización   |                                                      | <b>Tipo Admisión</b><br>ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO |
| <b>Ciclo Lectivo</b><br>SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026    |                                                               | <b>Programa Académico</b><br>ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA<br>DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS |                                             | <b>Fecha Generación</b><br>2026-07-24                |                                                      |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                                   |                                                               |                                                                                          |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>Primer Nombre</b><br>LUZ                               |                                                               | <b>Segundo Nombre</b><br>EDITH                                                           |                                             | <b>Primer Apellido</b><br>ACERO                      | <b>Segundo Apellido</b><br>HOYOS                     |
| <b>Estado Civil</b>                                       | <b>Sexo</b>                                                   | <b>Grupo Sanguíneo</b>                                                                   | <b>Tipo Régimen</b>                         | <b>EPS</b>                                           | <b>Convenio</b>                                      |
| <b>Fecha Nacimiento</b>                                   | <b>País</b>                                                   |                                                                                          | <b>Departamento</b>                         |                                                      | <b>Ciudad</b>                                        |
| <b>Tipo Documento</b><br>CC                               | <b>Número Documento</b><br>43114088                           | <b>País Expedición</b><br>Colombia                                                       | <b>Departamento Expedición</b><br>Antioquia |                                                      | <b>Ciudad Expedición</b><br>Bello                    |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>              |                                                               |                                                                                          |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>País</b><br>Colombia                                   | <b>Departamento</b><br>Antioquia                              | <b>Ciudad</b><br>Bello                                                                   | <b>Barrio</b>                               | <b>Estrato</b>                                       | <b>Dirección</b><br>CALLE 29 # 53- 59                |
| <b>Tipo Tel. Preferido</b><br>Celular                     | <b>Teléfono</b><br>321/575-5214                               |                                                                                          | <b>Otro Tipo</b>                            |                                                      | <b>Teléfono</b>                                      |
| <b>Correo-E Preferido</b><br>luzedithacero@gmail.com      |                                                               |                                                                                          | <b>Correo-E Alternativo</b>                 |                                                      |                                                      |
| <b>ESTUDIOS</b>                                           |                                                               |                                                                                          |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>Nivel Académico</b><br>Pregrado                        | <b>Último Centro Docente</b><br>UNI CATOL DE SANTIAGO GUAYAQU |                                                                                          | <b>Tipo Institución</b><br>Pública          | <b>Fecha Grado</b><br>2010-06-24                     | <b>Título Obtenido</b><br>MEDICA                     |
| <b>Libro</b>                                              | <b>Folio</b>                                                  | <b>Tipo Bachiller</b><br>Académico                                                       | <b>País</b>                                 | <b>Departamento</b>                                  | <b>Ciudad</b>                                        |
| <b>N° SPN</b>                                             | <b>Fecha Examen</b>                                           | <b>Vínculo con la Universidad de San Buenaventura</b><br>Ningún Vínculo                  |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                                |                                                               |                                                                                          |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>Actualmente Trabaja</b><br>No                          | <b>Empresa</b>                                                |                                                                                          | <b>Cargo</b>                                | <b>Fecha Inicial</b>                                 | <b>Teléfono Preferido</b>                            |
| <b>País</b>                                               | <b>Departamento</b>                                           |                                                                                          | <b>Ciudad</b>                               | <b>Dirección</b>                                     |                                                      |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                             |                                                               |                                                                                          |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>Parentesco</b><br>Hermano                              | <b>Nombre Completo</b><br>GLORIA ELENA ACERO<br>HOYOS         |                                                                                          | <b>Teléfono</b><br>312/752-6975             | <b>Extensión</b>                                     | <b>Ocupación</b><br>NO REGISTRA                      |
| <b>Correo-E</b>                                           |                                                               | <b>Dirección</b>                                                                         |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                                  |                                                               |                                                                                          |                                             |                                                      |                                                      |
| <b>Discapacidad</b><br>No                                 | <b>Tipo Discapacidad 1</b>                                    |                                                                                          | <b>Tipo Discapacidad 2</b>                  |                                                      | <b>Tipo Discapacidad 3</b>                           |
| <b>GRUPO ÉTNICO</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@usbmed.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. ☒

