



|                                                     |                                                |                                                                  |                             |                                                      |                                      |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00152542                   |                                                |                                                                  |                             | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                                      |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000145651              |                                                |                                                                  |                             |                                                      |                                      |
| <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 2025                      |                                                | LICENCIATURA EN EDUCACIÓN<br>FÍSICA Y DEPORTE                    |                             | 2025-04-22                                           |                                      |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                             |                                                |                                                                  |                             |                                                      |                                      |
| Primer Nombre<br>JUAN                               |                                                | Segundo Nombre<br>ESTEBAN                                        |                             | Primer Apellido<br>ARCILA                            |                                      |
| Estado Civil                                        |                                                | Sexo                                                             | Grupo Sanguíneo             | Tipo Régimen                                         | EPS                                  |
| Fecha Nacimiento                                    |                                                | País                                                             | Departamento                |                                                      | Convenio                             |
| Tipo Documento<br>CC                                |                                                | Número Documento<br>1036450333                                   | País Expedición<br>Colombia | Departamento Expedición<br>Antioquia                 | Ciudad Expedición<br>Itagüí          |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>        |                                                |                                                                  |                             |                                                      |                                      |
| País<br>Colombia                                    | Departamento<br>Antioquia                      | Ciudad<br>Itagüí                                                 | Barrio                      | Estrato                                              | Dirección<br>CRA 61 # 33-51 DITAIRES |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                      | Teléfono<br>301/115-1301                       |                                                                  | Otro Tipo<br>Otros          | Teléfono<br>313/649-3059                             |                                      |
| Correo-E Preferido<br>arcilaquinterojuan@ 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>MÓNICA QUINTERO<br>VALENCIA |                                                                  | Teléfono<br>313/649-3059    | Extensión                                            | Ocupación<br>ACADÉMICO               |
| 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. ☒

