



No. Solicitud: 00155222				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000015312					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO					
Institución Académica		Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA		USB MEDELLÍN - CAMPUS	Doctorado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	
Ciclo Lectivo		Programa Académico		Fecha Generación	
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025		DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN		2025-06-04	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre ANGELICA		Segundo Nombre MARIA		Primer Apellido GRACIA	
Estado Civil Soltero		Sexo Femenino		Segundo Apellido BORJA	
Grupo Sanguíneo		Tipo Régimen Contributivo		EPS FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA	
Convenio		Fecha Nacimiento 1981-03-23		Ciudad Bagadó	
País Colombia		Departamento Chocó		Ciudad Expedición Quibdó	
Tipo Documento CC		Número Documento 35898242		País Expedición Colombia	
Departamento Expedición Chocó		Departamento Expedición Chocó		Ciudad Expedición Quibdó	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Medellín	
Barrio		Estrato 3		Dirección CRA 89N 92C 32 APTO 320	
Tipo Tel. Preferido Domicilio		Teléfono 495-2955		Otro Tipo Teléfono	
Correo-E Preferido angygracia15@hotmail.com		Correo-E Alternativo angygracia15@hotmail.com			
ESTUDIOS					
Nivel Académico Posgrado		Último Centro Docente UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA		Tipo Institución Pública	
Fecha Grado 2015-08-28		Título Obtenido MAGISTER EN EDUCACION			
Libro 2- 16730		Folio 358-359		Tipo Bachiller Académico	
País		Departamento		Ciudad	
N° SPN		Fecha Examen		Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado	
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja Sí		Empresa INSTITUCION EDUCATIVA AURES		Cargo DOCENTE	
Fecha Inicial 2012-03-12		Teléfono Preferido 264-2806			
País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Medellín	
Dirección					
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Hermano		Nombre Completo LILIANA PATRICIA GRACIA BORJA		Teléfono 314/700-0303	
Extensión		Ocupación ABOGADO		Contacto Principal Sí	
Correo-E		Dirección			
DATOS BIOGRÁFICOS					
Discapacidad No		Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2	
Tipo Discapacidad 3		Grupo Étnico NEGRITUDES			
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@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. ☒

