



No. Solicitud: 00156523				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000148260					
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 2025		PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)		2025-06-24	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre VALERIA		Segundo Nombre		Primer Apellido GRACIANO	
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	Segundo Apellido MEJÍA
Fecha Nacimiento		País		EPS	Convenio
Tipo Documento TI		Número Documento 1022148053		Departamento Antioquia	Ciudad Bello
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia	Ciudad Bello	Barrio	Estrato
Dirección CALLE 47 #54-02 SANTA ANA					
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 305/457-0158		Otro Tipo Otros	Teléfono 311/638-7125
Correo-E Preferido valegracianom24@gmail.com			Correo-E Alternativo		
ESTUDIOS					
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 Ningún Vínculo			
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja No		Empresa		Cargo	Fecha Inicial
Teléfono Preferido					
País	Departamento	Ciudad		Dirección	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Madre		Nombre Completo CLAUDIA PATRICIA GRACIANO MEJÍA		Teléfono 311/638-7125	Extensión
Ocupación PSICÓLOGO		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@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. ☒

