



|                                                   |                           |                                                                  |                               |                                                      |                                |
|---------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00156907                 |                           |                                                                  |                               | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                                |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000148487            |                           |                                                                  |                               |                                                      |                                |
| <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                    |                           | ARQUITECTURA (MEDELLÍN)                                          |                               | 2025-07-01                                           |                                |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                           |                           |                                                                  |                               |                                                      |                                |
| Primer Nombre<br>ESTEFANY                         |                           | Segundo Nombre                                                   |                               | Primer Apellido<br>CRISTANCHO                        |                                |
| Estado Civil                                      |                           | Sexo                                                             | Grupo Sanguíneo               | Tipo Régimen                                         | Segundo Apellido<br>MOSQUERA   |
| Fecha Nacimiento                                  |                           | EPS                                                              |                               |                                                      | Convenio                       |
| País                                              |                           | Departamento                                                     |                               |                                                      | Ciudad                         |
| Tipo Documento<br>TI                              |                           | Número Documento<br>1078459565                                   | País Expedición<br>Colombia   | Departamento Expedición<br>Chocó                     | Ciudad Expedición<br>Quibdó    |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>      |                           |                                                                  |                               |                                                      |                                |
| País<br>Colombia                                  | Departamento<br>Antioquia | Ciudad<br>Bello                                                  | Barrio<br>No Aplica Localidad | Estrato                                              | Dirección<br>IAGONAL 52 #38-90 |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                    | Teléfono<br>311/798-6450  | Otro Tipo                                                        |                               | Teléfono                                             |                                |
| Correo-E Preferido<br>estefanycuentacel@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>ZULITH | Teléfono<br>311/798-6450                                         | Extensión                     | Ocupación<br>ABOGADO                                 | Contacto Principal<br>Si       |
| 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 juramento que expreso mi libre aceptación y consentimiento, en compañía de mis padres o acudientes por ser menor de edad. ☒

