



No. Solicitud: 00157620				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000148941					
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 (ARMENIA)		2025-07-11	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre MARIA		Segundo Nombre PAULA		Primer Apellido ROMERO	
Estado Civil Soltero		Sexo Femenino		Segundo Apellido CHACON	
Grupo Sanguíneo B+		Tipo Régimen Contributivo		EPS E.P.S. SANITAS S.A.	
Convenio		Departamento Valle del Cauca		Ciudad Palmira	
Fecha Nacimiento 2005-02-16		País Colombia		Departamento Expedición Cauquetá	
Tipo Documento CC		Número Documento 1114239424		Ciudad Expedición Florencia	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Cauquetá		Dirección CALLE 35A # 3-18 VILLA DEL RECREO	
Ciudad Florencia		Barrio		Estrato	
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 311/622-7651		Teléfono 350/547-3443	
Otro Tipo Otros		Correo-E Preferido mprc9820@gmail.com		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS					
Nivel Académico		Último Centro Docente		Tipo Institución	
Fecha Grado		Título Obtenido		País	
Libro		Folio		Departamento	
Tipo Bachiller		Ciudad		N° SPN	
Fecha Examen		Vínculo con la Universidad de San Buenaventura			
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja No		Empresa		Carga	
Fecha Inicial		Teléfono Preferido		País	
Departamento		Ciudad		Dirección	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Madre		Nombre Completo CLAUDIA PATRICIA CHACÓN FERIA		Teléfono 350/547-3443	
Extensión		Ocupación ASISTENTE		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. ☒

