



No. Solicitud: 00154536						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000147152																					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO																					
<table><tr><td>Institución Académica</td><td>Campus</td><td>Grado Académico</td><td>Tipo Admisión</td></tr><tr><td>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA</td><td>USB MEDELLÍN - CAMPUS</td><td>Especialización</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td>Ciclo Lectivo</td><td colspan="2">Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td>SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025</td><td colspan="2">ESPECIALIZACIÓN EN INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN DE PROYECTOS Y OBRAS CIVILES (ARMENIA)</td><td>2025-05-22</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación	SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	ESPECIALIZACIÓN EN INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN DE PROYECTOS Y OBRAS CIVILES (ARMENIA)	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	ESPECIALIZACIÓN EN INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN DE PROYECTOS Y OBRAS CIVILES (ARMENIA)		2025-05-22																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre YILDA		Segundo Nombre KATERINE		Primer Apellido GRACIA		Segundo Apellido RENTERIA															
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen Contributivo	EPS NUEVA EPS		Convenio															
Fecha Nacimiento 1996-07-13	País Colombia		Departamento Chocó			Ciudad Bagadó															
Tipo Documento CC	Número Documento 1078181160	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Chocó		Ciudad Expedición Bagadó															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Chocó	Ciudad Bagadó	Barrio	Estrato	Dirección BAGADÓ CHOCÓ																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 316/556-6055		Otro Tipo Otros		Teléfono 314/700-0303																
Correo-E Preferido yildagracia@gmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CH			Tipo Institución Pública	Fecha Grado	Título Obtenido INGENIERA CIVIL															
Libro	Folio	Tipo Bachiller	País	Departamento	Ciudad																
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura																			
INFORMACIÓN LABORAL																					
Actualmente Trabaja No	Empresa		Cargo		Fecha Inicial	Teléfono Preferido															
País	Departamento		Ciudad		Dirección																
REFERENCIAS PERSONALES																					
Parentesco Otro Familiar	Nombre Completo LILIANA GRACIA		Teléfono 314/700-0303	Extensión	Ocupación ABOGADO	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. ☒

