



No. Solicitud: 00159428						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000090026																					
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>Pregrado</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td colspan="2">Ciclo Lectivo</td><td>Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td colspan="2">SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025</td><td>LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE</td><td>2025-08-08</td></tr></table>							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		LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE
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		LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTE	2025-08-08																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre HEFERSON		Segundo Nombre DAVID		Primer Apellido RIOS		Segundo Apellido ROJAS															
Estado Civil Soltero	Sexo Masculino	Grupo Sanguíneo O+	Tipo Régimen Subsidiado	EPS Savia Salud-COMFAMA		Convenio															
Fecha Nacimiento 2002-07-05	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Bello															
Tipo Documento CC	Número Documento 1004360517	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia			Ciudad Expedición Bello														
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Bello	Barrio	Estrato 3	Dirección CALLE51 # 56-15																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 300/599-8467		Otro Tipo Otros		Teléfono 300/599-8467																
Correo-E Preferido heffersondavid2@gmail.com				Correo-E Alternativo heferson.rios221@tau.usbmed.edu.co																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Enseñanza Secundaria	Último Centro Docente LIC MARCO FIDEL SUAREZ			Tipo Institución Pública		Fecha Grado 2018-11-29	Título Obtenido BCHILLER														
Libro	Folio	Tipo Bachiller		País	Departamento	Ciudad															
N° SPN AC201826033443	Fecha Examen 2018-08-12	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Alumno																			
INFORMACIÓN LABORAL																					
Actualmente Trabaja No	Empresa		Cargo		Fecha Inicial	Teléfono Preferido															
País	Departamento		Ciudad		Dirección																
REFERENCIAS PERSONALES																					
Parentesco Padre	Nombre Completo GABRIEL ALONSO RIOS LONDOÑO		Teléfono 300/873-8345	Extensión	Ocupación JEFE	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. ☒

