



**FORMULARIO
DE INSCRIPCIÓN**

No. Solicitud:

Id. Solicitante:

30000140427



**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
PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2025 2566	INGENIERÍA DE SISTEMAS CIBERNÉTICOS		31-05-2025

DATOS PERSONALES

Primer Nombre KAROL		Segundo Nombre LILIANA		Primer Apellido SALAMANCA		Segundo Apellido HERRERA	
Estado Civil SOLTERA	Sexo FEMENIN O	Grupo Sanguíneo O+	Tipo Régimen SUBSIDIADO		EPS CAPRESOCA		Convenio
Fecha Nacimiento 19 – 01 - 2003	País COLOM BIA			Departamento BOYACÁ			Ciudad DUITA MA
Tipo Documento CC	Número Documento 1116020153		País Expedición COLOMBIA		Departamento Expedición CASANARE		Ciudad Expedición LA SALINA

**INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y
UBICACIÓN**

VERIFICACION						
País COLOMBIA	Departamento CASANARE	Ciudad LA SALINA	Barrio CENTRO	Estrato 1	Dirección CALLE 3 # 5 - 07	
Tipo Tel. Preferido CELULAR	Teléfono 3222088120		Otro Tipo CEL		Teléfono 321215853 0	
Correo - E Preferido lilianasalamanca976@gmail.com				Correo - E Alternativo herreralenny1219@gmail.com		

ESTUDIOS

Nivel Académico BACHILLER	Último Centro Docente I.E. JORGE ELIECER GAITÁN		Tipo Institución PÚBLICA	Fecha Grado 06 - 12 - 2018	Titulo Obtenido BACHILLER
Libro 024	Folio	Tipo Bachiller	País COLOMBIA	Departamento CASANARE	Ciudad YOPAL
N° SPN AC202310024729	Fecha Examen 26/03/2023	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura NO			

INFORMACIÓN LABORAL

Actualmente Trabaja NO	Empresa	Cargo	Fecha Inicial	Teléfono Preferido
País	Departamento	Ciudad	Dirección	

REFERENCIAS PERSONALES

Parentesco HERMANO	Nombre Completo ROBINSSON MAURICIO SALAMANCA HERRERA	Teléfono 3125592696	Extensión	Ocupación MÉDICO CIRUJANO	Contacto Principal 3125592696
Correo-E Robinson1414@gmail.com		Dirección CALLE 3 # 5 - 07			

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@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 la gravedad de juramento que como mayor de edad no requiero de la asistencia de representantes legales. ☒

