



No. Solicitud: 00163087						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000151730																					
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>Ciclo Lectivo</td><td colspan="2">Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td>PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026</td><td colspan="2">PSICOLOGÍA (ARM)</td><td>2025-10-20</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	PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026	PSICOLOGÍA (ARM)	
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 2026	PSICOLOGÍA (ARM)		2025-10-20																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre SOFIA		Segundo Nombre		Primer Apellido ARANGO		Segundo Apellido ROJAS															
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo B+	Tipo Régimen Contributivo	EPS E.P.S. SANITAS S.A.		Convenio															
Fecha Nacimiento 2008-05-27	País Colombia		Departamento Cundinamarca			Ciudad Bogotá, D.C.															
Tipo Documento TI	Número Documento 1021634883	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Quindío		Ciudad Expedición Armenia															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Quindío	Ciudad Armenia	Barrio	Estrato	Dirección CRA 14 #14 NORTE 06 EDIFICIO ACUARIUM																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 311/350-7692		Otro Tipo Otros	Teléfono 313/744-3560																	
Correo-E Preferido sofiaarango Rojas1@gmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Enseñanza Secundaria	Último Centro Docente SAGRADO CORAZON DE JESUS		Tipo Institución Pública	Fecha Grado	Título Obtenido BACHILLER ACADEMICO																
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	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 Abuelo	Nombre Completo GLORIA GÓMEZ	Teléfono 313/744-3560	Extensión	Ocupación PENSIONADO	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@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. ☒

