



No. Solicitud: 00164443						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000152617																					
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>Tecnología</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">TECNOLOGÍA EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO</td><td>2025-11-14</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Tecnología	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación	PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026	TECNOLOGÍA EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Tecnología	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026	TECNOLOGÍA EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO		2025-11-14																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre MATIAS		Segundo Nombre		Primer Apellido GIL		Segundo Apellido ISAZA															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS		Convenio															
Fecha Nacimiento 2008-03-09	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Medellín															
Tipo Documento TI	Número Documento 1025651982	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Envigado															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio No Aplica Localidad	Estrato 2	Dirección CARRERA 45 # 86 - 46																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 304/632-5688		Otro Tipo Otros	Teléfono 305/287-3961																	
Correo-E Preferido LAUMATI1993@GMAIL.COM			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico	Último Centro Docente		Tipo Institución	Fecha Grado	Título Obtenido																
Libro	Folio	Tipo Bachiller	País	Departamento	Ciudad																
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Ningún Vínculo																			
INFORMACIÓN LABORAL																					
Actualmente Trabaja No	Empresa		Cargo	Fecha Inicial	Teléfono Preferido																
País	Departamento		Ciudad	Dirección																	
REFERENCIAS PERSONALES																					
Parentesco Madre	Nombre Completo LAURA ANDREA GIL ISAZA		Teléfono 305/287-3961	Extensión	Ocupación NO REGISTRA	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. ☒

