



No. Solicitud: 00164619						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000153065																					
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>2025-11-18</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)		2025-11-18																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre MARIA		Segundo Nombre JOSÉ		Primer Apellido GIRALDO		Segundo Apellido PARRA															
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen Contributivo	EPS DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD M		Convenio															
Fecha Nacimiento 2008-10-14	País Colombia		Departamento Quindío			Ciudad Calarcá															
Tipo Documento TI	Número Documento 1097395777	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Quindío		Ciudad Expedición La Tebaida															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Quindío	Ciudad La Tebaida		Barrio	Estrato	Dirección CRA 11 5-27 PUERTA EL EDÉN TORRE 7 APTO 406															
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 302/514-8320		Otro Tipo Otros		Teléfono 315/436-8912																
Correo-E Preferido mariajosegiraladoparra791@gmail.com				Correo-E Alternativo																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Enseñanza Secundaria	Último Centro Docente LUIS ARANGO CARDONA			Tipo Institución Pública	Fecha Grado	Titulo Obtenido BACHILLER ACADÉMICO															
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 Madre	Nombre Completo ELIZABETH PARRA PALACIO		Teléfono 315/436-8912	Extensión	Ocupación AMA DE CASA	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. ☒

