



No. Solicitud: 00167398						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000155143																					
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">ARQUITECTURA (ARMENIA)</td><td>2026-01-22</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	ARQUITECTURA (ARMENIA)	
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	ARQUITECTURA (ARMENIA)		2026-01-22																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre SEBASTIAN		Segundo Nombre		Primer Apellido ALARCON		Segundo Apellido RAIGOZA															
Estado Civil Soltero	Sexo Masculino	Grupo Sanguíneo O+	Tipo Régimen Contributivo	EPS E.P.S. SANITAS S.A.		Convenio															
Fecha Nacimiento 2009-08-01	País Colombia		Departamento Quindío			Ciudad Armenia															
Tipo Documento TI	Número Documento 1094921967	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Quindío		Ciudad Expedición Armenia															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Quindío	Ciudad Armenia	Barrio	Estrato	Dirección BARRIO LAS COLINAS M2 SECTOR 8 CASA 8																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 304/208-4772		Otro Tipo Otros		Teléfono 322/732-1433																
Correo-E Preferido alarconraigozas@gmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Enseñanza Secundaria	Último Centro Docente LA ADIELA		Tipo Institución Pública		Fecha Grado	Título 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 MARIA AGLADEN RAIGOZA CASTAÑEDA		Teléfono 322/732-1433	Extensión	Ocupación AUXILIAR	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 juramento que expreso mi libre aceptación y consentimiento, en compañía de mis padres o acudientes por ser menor de edad. ☒

