



**FORMULARIO
DE INSCRIPCIÓN**

				No. Solicitud:				
				Id. Solicitante: 30000091572				
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO								
Institución Académica		Campus	Grado Académico		Tipo Admisión			
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA		USB MEDELLÍN - CAMPUS	PREGRADO		NUEVO DOBLE PROGRAMA			
Ciclo Lectivo		Programa Académico		Fecha Generación				
PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026-1 (2661)		CONTADURÍA PÚBLICA		04/02/2026				
DATOS PERSONALES								
Primer Nombre LESLY		Segundo Nombre YELINA		Primer Apellido LARA		Segundo Apellido LOPEZ		
Estado Civil SOLTERA	Sexo F	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen CONTRIBUTIVO		EPS MUTUAL SER		Convenio BOLÍVAR	
Fecha Nacimiento 25 DE FEBRERO	País COLOMBIA			Departamento VALLE		Ciudad CALI		
Tipo Documento CC	Número Documento 1107042782	País Expedición COLOMBIA		Departamento Expedición ANTIOQUIA		Ciudad Expedición MEDELLIN		
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN								
País COLOMBIA	Departamento ANTIOQUIA	Ciudad BELLO		Barrio No Aplica Localidad		Estrato 4	Dirección CRA 60 #37B - 130	
Tipo Tel. Preferido CELULAR	Teléfono 31269472 14		Otro Tipo CELULAR		Teléfono 3116818820			
Correo-E Preferido LESLY.LARA221@TAU.USBMED.EDU.CO				Correo-E Alternativo LARALESLEY538@GMAIL.COM				
ESTUDIOS								
Nivel Académico BACHILLER	Último Centro Docente IETANG			Tipo Institución EDUCATIVA		Fecha Grado 2021-2	Título Obtenido BACHILLER TÉCNICO	
Libro	Folio	Tipo Bachiller TÉCNICO		País COLOMBIA		Departamento BOLÍVAR	Ciudad SAN JACINTO DEL CAUCA	
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura NO APLICA						
INFORMACIÓN LABORAL								
Actualmente Trabaja NO	Empresa		Cargo		Fecha Inicial	Teléfono Preferido		
País	Departamento		Ciudad		Dirección			
REFERENCIAS PERSONALES								
Parentesco PADRE	Nombre Completo ROBERTO WILLIAM LARA MEDINA		Teléfono 3126947214		Extensión +57	Ocupación INDEPENDIENTE	Contacto Principal	
Correo-E ROBERTOWILLIAMLARAMEDINA412@GMAIL.COM		Dirección ASTILLEROS, SAN JACINTO DEL CAUCA, BOLÍVAR						
DATOS BIOGRÁFICOS								
Discapacidad	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 la gravedad de juramento que como mayor de edad no requiero de la asistencia de representantes legales. ☒

