**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA**
BOGOTÁ • MEDELLÍN • CALI • CARTAGENA
**NIT: 890.307.400-1**

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 159321

| | |
|---|---|
| **No. Solicitud:** 00163371 | **FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.** |
| **Id. Solicitante:** 30000151937 | |

## INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO

| 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 | NEGOCIOS INTERNACIONALES | 2025-10-23 |

## DATOS PERSONALES

| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|---|---|
| MARIA | PAULINA | CANO | ARANGO |

| Estado Civil | Sexo | Grupo Sanguíneo | Tipo Régimen | EPS | Convenio |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Fecha Nacimiento | País | Departamento | Ciudad |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo Documento | Número Documento | País Expedición | Departamento Expedición | Ciudad Expedición |
|---|---|---|---|---|
| TI | 1022148554 | Colombia | Antioquia | Bello |

## INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN

| País | Departamento | Ciudad | Barrio | Estrato | Dirección |
|---|---|---|---|---|---|
| Colombia | Antioquia | Bello | | | CRA. 59BB #40C - 50, BUCAROS, BELLO, ANTIOQUIA |

| Tipo Tel. Preferido | Teléfono | Otro Tipo | Teléfono |
|---|---|---|---|
| Celular | 311/272-1689 | Otros | 301 6725426 |

| Correo-E Preferido | Correo-E Alterno |
|---|---|
| mpaulina.cano01@gmail.com | |

## ESTUDIOS

| Nivel Académico | Último Centro Docente | Tipo Institución | Fecha Grado | Titulo 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 | Empresa | Cargo | Fecha Inicial | Teléfono Preferido |
|---|---|---|---|---|
| No | | | | |

| País | Departamento | Ciudad | Dirección |
|---|---|---|---|
| | | | |

## REFERENCIAS PERSONALES

| Parentesco | Nombre Completo | Teléfono | Extensión | Ocupación | Contacto Principal |
|---|---|---|---|---|---|
| Otro Familiar | DAHIANA ARANGO GAVIRIA | 301 6725426 | | ABOGADO | Si |

| Correo-E | Dirección |
|---|---|
| | |

## DATOS BIOGRÁFICOS

| Discapacidad | Tipo Discapacidad 1 | Tipo Discapacidad 2 | Tipo Discapacidad 3 | Grupo Étnico |
|---|---|---|---|---|
| No | | | | |

## 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. ☒