



|                                              |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00177954            |                                                        |                                                                  |                             | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                                                              |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000161243       |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO</b>      |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
| <b>Institución Académica</b>                 |                                                        | <b>Campus</b>                                                    | <b>Grado Académico</b>      | <b>Tipo Admisión</b>                                 |                                                              |
| UNIV. DE SAN BUENAVENTURA                    |                                                        | USB<br>MEDELLÍN -<br>CAMPUS                                      | Especialización             | ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO                         |                                                              |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                         |                                                        | <b>Programa Académico</b>                                        |                             | <b>Fecha Generación</b>                              |                                                              |
| SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026               |                                                        | ESPECIALIZACION EN DERECHO<br>PENAL Y PROCESAL PENAL             |                             | 2026-07-30                                           |                                                              |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                      |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
| Primer Nombre<br>ROXANA                      |                                                        | Segundo Nombre                                                   |                             | Primer Apellido<br>ORTIZ                             |                                                              |
| Estado Civil                                 |                                                        | Sexo                                                             | Grupo Sanguíneo             | Tipo Régimen                                         | EPS                                                          |
| Fecha Nacimiento                             |                                                        | País                                                             | Departamento                |                                                      | Convenio                                                     |
| Tipo Documento<br>CC                         |                                                        | Número Documento<br>67014963                                     | País Expedición<br>Colombia | Departamento Expedición<br>Valle del Cauca           | Ciudad Expedición<br>Cali                                    |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b> |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
| País<br>Colombia                             | Departamento<br>Valle del Cauca                        | Ciudad<br>Cali                                                   | Barrio                      | Estrato                                              | Dirección<br>CARRERA 24C NO. 56ª-58 BARRIO<br>NUEVA FLORESTA |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular               | Teléfono<br>301/321-9841                               |                                                                  | Otro Tipo                   | Teléfono                                             |                                                              |
| Correo-E Preferido<br>rx.ortizb@hotmail.com  |                                                        |                                                                  | Correo-E Alternativo        |                                                      |                                                              |
| <b>ESTUDIOS</b>                              |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
| Nivel Académico<br>Pregrado                  | Último Centro Docente<br>UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA |                                                                  | Tipo Institución<br>Privada | Fecha Grado<br>2025-12-05                            | Título Obtenido<br>ABOGADA                                   |
| Libro                                        | Folio                                                  | Tipo Bachiller<br>Académico                                      | País                        | Departamento                                         | Ciudad                                                       |
| N° SPN                                       | Fecha Examen                                           | Vínculo con la Universidad de San Buenaventura<br>Ningún Vínculo |                             |                                                      |                                                              |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                   |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
| Actualmente<br>Trabaja<br>No                 | Empresa                                                | Cargo                                                            |                             | Fecha Inicial                                        | Teléfono Preferido                                           |
| País                                         | Departamento                                           | Ciudad                                                           |                             | Dirección                                            |                                                              |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
| Parentesco<br>Hijo                           | Nombre Completo<br>ANDRÉS CAMILO PÉREZ<br>ORTIZ        | Teléfono<br>320/685-2281                                         | Extensión                   | Ocupación<br>NO REGISTRA                             | Contacto Principal<br>Si                                     |
| Correo-E                                     |                                                        | Dirección                                                        |                             |                                                      |                                                              |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                     |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |
| Discapacidad<br>No                           | Tipo Discapacidad 1                                    | Tipo Discapacidad 2                                              | Tipo Discapacidad 3         | Grupo Étnico                                         |                                                              |
| <b>IDIOMAS</b>                               |                                                        |                                                                  |                             |                                                      |                                                              |

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](mailto: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 la gravedad de juramento que como mayor de edad no requiero de la asistencia de representantes legales. ☒

