



|                                               |                                                    |                                                             |                                                    |                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00153117             |                                                    |                                                             |                                                    | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                                    |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>1020011            |                                                    |                                                             |                                                    |                                                      |                                    |
| <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>                              |                                    |
| 2563 1ER CURSO INTERPERIO 2025                |                                                    | ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA<br>DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS |                                                    | 2025-04-29                                           |                                    |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                       |                                                    |                                                             |                                                    |                                                      |                                    |
| Primer Nombre<br>PAULA                        |                                                    | Segundo Nombre<br>ANDREA                                    |                                                    | Primer Apellido<br>OSORIO                            |                                    |
| Estado Civil                                  |                                                    | Sexo                                                        | Grupo Sanguíneo                                    | Tipo Régimen                                         | EPS                                |
| Fecha Nacimiento                              |                                                    | País                                                        | Departamento                                       |                                                      | Convenio                           |
| Tipo Documento<br>CC                          |                                                    | Número Documento<br>32297920                                | País Expedición<br>Colombia                        | Departamento Expedición<br>Antioquia                 | Ciudad Expedición<br>Envigado      |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>  |                                                    |                                                             |                                                    |                                                      |                                    |
| País<br>Colombia                              | Departamento<br>Antioquia                          | Ciudad<br>Medellín                                          | Barrio                                             | Estrato<br>3                                         | Dirección<br>CALLE 38 ASUR N 32-28 |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                | Teléfono<br>314/612-9563                           |                                                             | Otro Tipo                                          | Teléfono                                             |                                    |
| Correo-E Preferido<br>paesmaisa19@hotmail.com |                                                    |                                                             | Correo-E Alternó<br>paula.osorio@tau.usbmed.edu.co |                                                      |                                    |
| <b>ESTUDIOS</b>                               |                                                    |                                                             |                                                    |                                                      |                                    |
| Nivel Académico<br>Pregrado                   | Último Centro Docente<br>E.N.S.DE ENVIGADO         |                                                             | Tipo Institución<br>Pública                        | Fecha Grado<br>2024-03-15                            | Título Obtenido<br>PSICOLOGA       |
| Libro                                         | Folio                                              | Tipo Bachiller<br>Académico                                 | País                                               | Departamento                                         | Ciudad                             |
| N° SPN                                        | Fecha Examen                                       | Vínculo con la Universidad de San Buenaventura<br>Egresado  |                                                    |                                                      |                                    |
| <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>Cónyuge                         | Nombre Completo<br>JORGE ESTEBAN ARAGÓN<br>CARDONA |                                                             | Teléfono<br>318/353-5448                           | Extensión                                            | Ocupación<br>MÉDICO                |
| 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@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. ☒

