



No. Solicitud: 00153593						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000146489																					
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 TRANSFERENCIA EXTERNA</td></tr><tr><td>Ciclo Lectivo</td><td colspan="2">Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td>SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025</td><td colspan="2">ARQUITECTURA (ARMENIA)</td><td>2025-05-08</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN TRANSFERENCIA EXTERNA	Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación	SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	ARQUITECTURA (ARMENIA)	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN TRANSFERENCIA EXTERNA																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	ARQUITECTURA (ARMENIA)		2025-05-08																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre SANTIAGO		Segundo Nombre		Primer Apellido ROSERO		Segundo Apellido USMA															
Estado Civil Soltero	Sexo Masculino	Grupo Sanguíneo O+	Tipo Régimen Subsidiado	EPS SALUD TOTAL S.A. EPS ARS		Convenio															
Fecha Nacimiento 2006-03-19	País Colombia		Departamento Quindío			Ciudad Calarcá															
Tipo Documento CC	Número Documento 1095551173	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Quindío		Ciudad Expedición Armenia															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Quindío	Ciudad Armenia	Barrio	Estrato	Dirección BARRIO LOS QUINDOS MZ 35 CASA 5 ETAPA 2																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 313/534-8829		Otro Tipo Otros	Teléfono 318/811-0500																	
Correo-E Preferido roserousmasantiago@gmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico	Último Centro Docente		Tipo Institución	Fecha Grado	Título Obtenido																
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 Otro Familiar	Nombre Completo JULIA ROSA USMA BARRAGÁN		Teléfono 318/811-0500	Extensión	Ocupación PROFESOR	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@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. ☒

