



|                                                             |  |                                                     |                                                              |                                                      |                          |
|-------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00163205                           |  |                                                     |                                                              | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                          |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000149093                      |  |                                                     |                                                              |                                                      |                          |
| <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                         | Pregrado                                                     | ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO                         |                          |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                                        |  | <b>Programa Académico</b>                           |                                                              | <b>Fecha Generación</b>                              |                          |
| PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026                               |  | PSICOLOGÍA (ARM)                                    |                                                              | 2025-10-22                                           |                          |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                                     |  |                                                     |                                                              |                                                      |                          |
| Primer Nombre<br>SANTIAGO                                   |  | Segundo Nombre<br>DAVID                             |                                                              | Primer Apellido<br>MORELO                            |                          |
| Estado Civil<br>Soltero                                     |  | Sexo<br>Masculino                                   | Grupo Sanguíneo<br>A-                                        | Segundo Apellido<br>OSORIO                           |                          |
| Fecha Nacimiento<br>2006-10-27                              |  | Tipo Régimen<br>Contributivo                        |                                                              | EPS<br>(S.O.S.) SER OCCIDENTAL SALUD                 |                          |
| País<br>Colombia                                            |  | Departamento<br>Cundinamarca                        |                                                              | Convenio                                             |                          |
| Tipo Documento<br>CC                                        |  | País Expedición<br>Colombia                         |                                                              | Ciudad<br>Bogotá, D.C.                               |                          |
| Número Documento<br>1025533609                              |  | Departamento Expedición<br>Valle del Cauca          |                                                              | Ciudad Expedición<br>Caicedonia                      |                          |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>                |  |                                                     |                                                              |                                                      |                          |
| País<br>Colombia                                            |  | Departamento<br>Valle del Cauca                     | Ciudad<br>Caicedonia                                         | Barrio                                               | Estrato                  |
| Dirección<br>CALLE 17 #10-28 BARRIO OBRERO                  |  |                                                     |                                                              |                                                      |                          |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                              |  | Teléfono<br>318/992-4670                            |                                                              | Otro Tipo<br>Otros                                   | Teléfono<br>316/786-9023 |
| Correo-E Preferido<br>moreloosoriosantiagodavid97@gmail.com |  |                                                     | Correo-E Alternativo<br>santiago.morelo252@tau.usbmed.edu.co |                                                      |                          |
| <b>ESTUDIOS</b>                                             |  |                                                     |                                                              |                                                      |                          |
| 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       |                          |
| <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>Madre                                         |  | Nombre Completo<br>SANDRA LORENA OSORIO<br>ESPINOSA |                                                              | Teléfono<br>316/786-9023                             |                          |
| Extensión                                                   |  | Ocupación<br>INDEPENDIENTE                          |                                                              | 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@usbmed.edu.co](mailto: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. ☒

