



|                                                |                             |                                                      |                              |
|------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00164316              |                             | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                              |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000152855         |                             |                                                      |                              |
| <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                  | ARQUITECTURA (MEDELLÍN)     |                                                      | 2025-11-11                   |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                        |                             |                                                      |                              |
| Primer Nombre<br>MATIAS                        |                             | Segundo Nombre                                       |                              |
| Estado Civil                                   |                             | Sexo                                                 |                              |
| Fecha Nacimiento                               |                             | País                                                 |                              |
| Tipo Documento                                 |                             | Número Documento                                     |                              |
| TI                                             |                             | 1027805627                                           |                              |
| País Expedición                                |                             | Colombia                                             |                              |
| Departamento Expedición                        |                             | Antioquia                                            |                              |
| Ciudad Expedición                              |                             | Medellín                                             |                              |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>   |                             |                                                      |                              |
| País                                           |                             | Departamento                                         |                              |
| Colombia                                       |                             | Antioquia                                            |                              |
| Ciudad                                         |                             | Medellín                                             |                              |
| Barrio                                         |                             | Estrato                                              |                              |
| Dirección                                      |                             | CALLE 42 # 21 - 46                                   |                              |
| Tipo Tel. Preferido                            |                             | Teléfono                                             |                              |
| Celular                                        |                             | 300/878-7610                                         |                              |
| Otro Tipo                                      |                             | Otros                                                |                              |
| Correo-E Preferido                             |                             | Correo-E Alternativo                                 |                              |
| matias.ruiz.garcia.2008@gmail.com              |                             |                                                      |                              |
| <b>ESTUDIOS</b>                                |                             |                                                      |                              |
| Nivel Académico                                |                             | Último Centro Docente                                |                              |
| Libro                                          |                             | Folio                                                |                              |
| N° SPN                                         |                             | Fecha Examen                                         |                              |
| Vínculo con la Universidad de San Buenaventura |                             | Ningún Vínculo                                       |                              |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                     |                             |                                                      |                              |
| Actualmente Trabaja                            |                             | Empresa                                              |                              |
| No                                             |                             | Cargo                                                |                              |
| Fecha Inicial                                  |                             | Teléfono Preferido                                   |                              |
| País                                           |                             | Departamento                                         |                              |
| Ciudad                                         |                             | Dirección                                            |                              |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                  |                             |                                                      |                              |
| Parentesco                                     |                             | Nombre Completo                                      |                              |
| Madre                                          |                             | DIANA MARIA GARCIA VASCO                             |                              |
| Teléfono                                       |                             | Extensión                                            |                              |
| 313/769-0224                                   |                             | Ocupación                                            |                              |
| PROFESOR                                       |                             | Contacto Principal                                   |                              |
| Si                                             |                             | Correo-E                                             |                              |
| Dirección                                      |                             |                                                      |                              |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                       |                             |                                                      |                              |
| Discapacidad                                   |                             | Tipo Discapacidad 1                                  |                              |
| No                                             |                             | 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. 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. ☒

