



|                                               |  |                                        |                        |                                                      |     |
|-----------------------------------------------|--|----------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------|-----|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00164377             |  |                                        |                        | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |     |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000152895        |  |                                        |                        |                                                      |     |
| <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<br>TRANSFERENCIA<br>EXTERNA                 |     |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                          |  | <b>Programa Académico</b>              |                        | <b>Fecha Generación</b>                              |     |
| PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026                 |  | NEGOCIOS INTERNACIONALES               |                        | 2025-11-12                                           |     |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                       |  |                                        |                        |                                                      |     |
| Primer Nombre<br>JUAN                         |  | Segundo Nombre<br>CAMILO               |                        | Primer Apellido<br>RIOS                              |     |
| Estado Civil                                  |  | Sexo                                   | Grupo Sanguíneo        | Tipo Régimen                                         | EPS |
| Fecha Nacimiento                              |  | País                                   |                        | Departamento                                         |     |
| Tipo Documento<br>CC                          |  | Número Documento<br>1020472226         |                        | País Expedición<br>Colombia                          |     |
|                                               |  |                                        |                        | Departamento Expedición<br>Antioquia                 |     |
|                                               |  |                                        |                        | Ciudad Expedición<br>Bello                           |     |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>  |  |                                        |                        |                                                      |     |
| País<br>Colombia                              |  | Departamento<br>Antioquia              |                        | Ciudad<br>Bello                                      |     |
| Barrio                                        |  | Estrato                                |                        | Dirección<br>CARRERA 65 # 69-18                      |     |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                |  | Teléfono<br>305/377-7676               |                        | Otro Tipo<br>Otros                                   |     |
| Correo-E Preferido<br>camilo.riosor@gmail.com |  | Correo-E Alternativo                   |                        |                                                      |     |
| <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       |     |
|                                               |  |                                        |                        | 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>Madre                           |  | Nombre Completo<br>DORA LUZ ORTIZ RIOS |                        | Teléfono<br>302/776-1282                             |     |
| Extensión                                     |  | Ocupación<br>AMA DE CASA               |                        | 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. 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. ☒

