



|                                               |                                  |                                                                  |                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| No. Solicitud:<br>00167919                    |                                  | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b>             |                              |
| Id. Solicitante:<br>30000155527               |                                  |                                                                  |                              |
| <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)          |                                                                  | 2026-01-30                   |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                       |                                  |                                                                  |                              |
| Primer Nombre<br>ALEJANDRA                    |                                  | Segundo Nombre                                                   |                              |
| Estado Civil                                  |                                  | Sexo                                                             | Grupo Sanguíneo              |
| Fecha Nacimiento                              |                                  | País                                                             | Departamento                 |
| Tipo Documento<br>CC                          |                                  | Número Documento<br>1019993652                                   | País Expedición<br>Colombia  |
| Primer Apellido<br>PACHECO                    |                                  | Segundo Apellido<br>LOZANO                                       |                              |
| EPS                                           |                                  | Convenio                                                         |                              |
| Ciudad                                        |                                  | Ciudad Expedición<br>Medellín                                    |                              |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>  |                                  |                                                                  |                              |
| País<br>Colombia                              | Departamento<br>Antioquia        | Ciudad<br>Bello                                                  | Barrio                       |
| Estrato                                       |                                  | Dirección<br>TRANSV 38 AA N 59 A 231 APTO 1940<br>PUERTO ALEGRE  |                              |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                | Teléfono<br>300 3819622          | Otro Tipo<br>Otros                                               | Teléfono<br>300 3819622      |
| Correo-E Preferido<br>aleja.lozanop@gmail.com |                                  | Correo-E Alternativo                                             |                              |
| <b>ESTUDIOS</b>                               |                                  |                                                                  |                              |
| Nivel Académico                               | Último Centro Docente            |                                                                  | Tipo Institución             |
| Libro                                         | Folio                            | Tipo Bachiller                                                   | País                         |
| N° SPN                                        | Fecha Examen                     | Vínculo con la Universidad de San Buenaventura<br>Ningún Vínculo |                              |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                    |                                  |                                                                  |                              |
| Actualmente<br>Trabaja<br>No                  | Empresa                          | Cargo                                                            | Fecha Inicial                |
| País                                          | Departamento                     | Ciudad                                                           | Dirección                    |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                 |                                  |                                                                  |                              |
| Parentesco<br>Padre                           | Nombre Completo<br>JAIME PACHECO | Teléfono<br>300/659-5331                                         | Extensión                    |
| Correo-E                                      |                                  | Dirección                                                        |                              |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                      |                                  |                                                                  |                              |
| Discapacidad<br>No                            | Tipo Discapacidad 1              | Tipo Discapacidad 2                                              | Tipo Discapacidad 3          |
| <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. ☒

