



**FORMULARIO
DE INSCRIPCIÓN 165521**

No. Solicitud: 00170190				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000121897					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO					
Institución Académica		Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA		USB MEDELLÍN - CAMPUS	Maestría	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	
Ciclo Lectivo		Programa Académico		Fecha Generación	
2660 SEM ACADÉM No 0 - 2026-1		MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA		2026-03-05	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre ANTONIO		Segundo Nombre ILICH		Primer Apellido LOPEZ	
Estado Civil Unión Civil		Sexo Masculino	Grupo Sanguíneo O+	Segundo Apellido GONZALEZ	
Tipo Documento CC		Número Documento 10934407		Convenio Ninguna	
Fecha Nacimiento 1978-12-08		País Colombia		EPS Ninguna	
Tipo Documento CC		País Expedición Colombia		Departamento Santander	
Número Documento 10934407		Departamento Expedición Córdoba		Ciudad Bucaramanga	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Córdoba		Ciudad Expedición Montería	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia		Dirección CARRERA 98 N° 38 - 16 BARRIO SANTA MONICA MEDELLÍN	
Ciudad Medellín		Barrio No Aplica Localidad		Estrato 3	
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 318/550-4059		Teléfono 447-7516	
Otro Tipo Domicilio		Correo-E Preferido ilich789@gmail.com		Correo-E Alternativo antonio.lopez241@tau.usbmed.edu.co	
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y		Tipo Institución Pública	
Libro		Folio		Fecha Grado 2008-06-20	
Tipo Bachiller Académico		País		Titulo Obtenido PSICOLOGO	
Departamento		Ciudad			
N° SPN		Fecha Examen		Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado	
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja No		Empresa		Carga	
País		Departamento		Fecha Inicial	
Ciudad		Dirección		Teléfono Preferido	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Hermano		Nombre Completo LILIA ROSA LOPEZ GONZALEZ		Teléfono 304/662-8087	
Extensión		Ocupación ABOGADO		Contacto Principal Si	
Correo-E		Dirección			
DATOS BIOGRÁFICOS					
Discapacidad No		Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2	
Tipo Discapacidad 3		Grupo Étnico NO APLICA			
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@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. ☒

