



No. Solicitud: 00170210				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000153586					
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 DIEGO		Segundo Nombre FERNANDO		Primer Apellido SOGAMOSO	
Segundo Apellido LEAL		Estado Civil Soltero		Sexo Masculino	
Grupo Sanguíneo A+		Tipo Régimen Contributivo		EPS SALUDCOOP EPS	
Convenio		Fecha Nacimiento 1981-03-14		País Colombia	
Departamento Meta		Ciudad San Martín		Tipo Documento CC	
Número Documento 17357817		País Expedición Colombia		Departamento Expedición Meta	
Ciudad Expedición San Martín		INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Envigado	
Barrio No Aplica Localida		Estrato 3		Dirección CARRERA 12#36-36	
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 311/530-5824		Otro Tipo Otros	
Teléfono 311/530-5824		Correo-E Preferido diegomenpsicologo@hotmail.com		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente UNIV COOPERATIVA DE COLOMBIA		Tipo Institución Privada	
Fecha Grado 2009-02-13		Título Obtenido PSICOLOGO		Libro	
Folio		Tipo Bachiller Académico		País	
Departamento		Ciudad		N° SPN	
Fecha Examen		Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Ningún Vínculo			
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja No		Empresa		Cargo	
Fecha Inicial		Teléfono Preferido		País	
Departamento		Ciudad		Dirección	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Otro Familiar		Nombre Completo MARIO CARMONA LEAL		Teléfono 316/531-5084	
Extensión		Ocupación ENFERMERO		Contacto Principal Si	
Correo-E		Dirección			
DATOS BIOGRÁFICOS					
Discapacidad No		Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2	
Tipo Discapacidad 3		Grupo Étnico		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. ☒

