



No. Solicitud: 00171006						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000157184																					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO																					
<table><tr><td>Institución Académica</td><td>Campus</td><td>Grado Académico</td><td>Tipo Admisión</td></tr><tr><td>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA</td><td>USB MEDELLÍN - CAMPUS</td><td>Doctorado</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td colspan="2">Ciclo Lectivo</td><td>Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td colspan="2">2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026</td><td>DOCTORADO EN PSICOLOGÍA</td><td>2026-03-27</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Doctorado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo		Programa Académico	Fecha Generación	2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026		DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Doctorado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo		Programa Académico	Fecha Generación																		
2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026		DOCTORADO EN PSICOLOGÍA	2026-03-27																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre ROBERTO		Segundo Nombre CARLOS		Primer Apellido PARRA		Segundo Apellido URANGO															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS		Convenio															
Fecha Nacimiento	País			Departamento		Ciudad															
Tipo Documento CC	Número Documento 78301673	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Córdoba		Ciudad Expedición Montelíbano																
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato	Dirección CARRERA 77B #47 - 83, APARTAMENTO 402, EDIFICIO VILLA D																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 350/629-9107		Otro Tipo	Teléfono																	
Correo-E Preferido robertocarlosparraurango@gmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente CORPORACION UNIVERSITARIA MINU		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2024-03-19	Título Obtenido ADMINISTRADOR SST																
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 Cónyuge	Nombre Completo ERICA MEJÍA RESTREPO	Teléfono 300/789-7062	Extensión	Ocupación NO REGISTRA	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@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. ☒

