



No. Solicitud: 00173793						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.
Id. Solicitante: 30000057278						
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		
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026		MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA		2026-05-20		
DATOS PERSONALES						
Primer Nombre DAVID		Segundo Nombre FERNANDO		Primer Apellido QUINTERO		Segundo Apellido DIAZ
Estado Civil Soltero	Sexo Masculino	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen Contributivo	EPS (S.O.S.) SER OCCIDENTAL SALUD		Convenio
Fecha Nacimiento 1981-08-07	País Colombia		Departamento Valle del Cauca			Ciudad Cali
Tipo Documento CC	Número Documento 16918730	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Valle del Cauca		Ciudad Expedición Cali
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN						
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato 2	Dirección CARRERA 88 # 4SUR - 160, SECTOR ALTOS DE VILLA VERDE, V	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 316/499-2218		Otro Tipo	Teléfono		
Correo-E Preferido daquint681@gmail.com			Correo-E Alternativo			
ESTUDIOS						
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente CORPORACION UNIVERSITARIA LASA		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2025-08-15	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 JOHN ROBERT MURCIA		Teléfono 319/281-2074	Extensión	Ocupación CONTADOR(A)	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@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. ☒

