



No. Solicitud: 00174446						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.
Id. Solicitante: 30000081984						
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		2026-05-27		
DATOS PERSONALES						
Primer Nombre LINA		Segundo Nombre MARCELA		Primer Apellido GOMEZ		Segundo Apellido VINUEZA
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo O+	Tipo Régimen Contributivo	EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV		Convenio
Fecha Nacimiento 1996-12-04	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Bello
Tipo Documento CC	Número Documento 1035875413	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Girardota
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN						
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Bello	Barrio No Aplica Localida	Estrato 3	Dirección AV 47 AA 67 - 96	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 310/359-8965		Otro Tipo Domicilio	Teléfono 598-9856		
Correo-E Preferido marcela_1216@hotmail.com			Correo-E Alternativo profesional.admonpannc@usbmed.edu.co			
ESTUDIOS						
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2025-09-25	Título Obtenido PSICOLOGA	
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País	Departamento	Ciudad	
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado				
INFORMACIÓN LABORAL						
Actualmente Trabaja Sí	Empresa LASH EXTRAVAGANCE		Cargo SECRETARIA	Fecha Inicial 2019-10-16	Teléfono Preferido 3229963 opc 2	
País Colombia	Departamento Antioquia		Ciudad Bello	Dirección		
REFERENCIAS PERSONALES						
Parentesco Hermano	Nombre Completo JOSÉ DAVID GÓMEZ VINUEZA		Teléfono 317/178-1022	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@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. ☒

