



		No. Solicitud: 00174539		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
		Id. Solicitante: 30000159496			
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		2026-05-28	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre ERIKA		Segundo Nombre MARIA		Primer Apellido RESTREPO	Segundo Apellido CORREA
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS	Convenio
Fecha Nacimiento	País	Departamento			Ciudad
Tipo Documento CC	Número Documento 1128437366	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Medellín
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato	Dirección CALLE 21A 59 17
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 300/691-2764	Otro Tipo		Teléfono	
Correo-E Preferido keikarpo@gmail.com			Correo-E Alternativo		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS A		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2016-12-14	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 Padre	Nombre Completo FERNANDO RESTREPO	Teléfono 300/203-9161	Extensión	Ocupación PENSIONADO	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. ☒

