



No. Solicitud: 00174589		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000057033			
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 NEUROPSICOLOGÍA		2026-05-29
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre PAOLA		Segundo Nombre	
Estado Civil No Consta		Sexo No Especifica	
Fecha Nacimiento 1991-02-21		País Colombia	
Tipo Documento CC		Número Documento 1020439316	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Bello	Barrio No Aplica Localida
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 300/518-6370	
Correo-E Preferido correodepao21@hotmail.com		Correo-E Alternativo plopezalvar@uniminuto.edu.co	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente CORPORACION UNIVERSITARIA MINU		Tipo Institución Privada
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Ningún Vínculo	
INFORMACIÓN LABORAL			
Actualmente Trabaja No	Empresa	Cargo	Fecha Inicial
País	Departamento	Ciudad	Dirección
REFERENCIAS PERSONALES			
Parentesco Madre	Nombre Completo LUZ MIRIAM ALVAREZ	Teléfono 300/611-7725	Extensión
Correo-E	Dirección		
DATOS BIOGRÁFICOS			
Discapacidad No	Tipo Discapacidad 1	Tipo Discapacidad 2	Tipo Discapacidad 3
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. ☒

