



**FORMULARIO  
DE INSCRIPCIÓN 171315**

|                                                        |                                                                          |                                                                  |                                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00176248                      |                                                                          | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b>             |                                    |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000160223                 |                                                                          |                                                                  |                                    |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO</b>                |                                                                          |                                                                  |                                    |
| <b>Institución Académica</b>                           | <b>Campus</b>                                                            | <b>Grado Académico</b>                                           | <b>Tipo Admisión</b>               |
| UNIV. DE SAN BUENAVENTURA                              | USB<br>MEDELLÍN -<br>CAMPUS                                              | Especialización                                                  | ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO       |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                                   | <b>Programa Académico</b>                                                |                                                                  | <b>Fecha Generación</b>            |
| SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026                         | ESPECIALIZACIÓN EN DISEÑO Y<br>VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS<br>DE MEDICIÓN |                                                                  | 2026-06-22                         |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                                |                                                                          |                                                                  |                                    |
| Primer Nombre<br>CARLOS                                |                                                                          | Segundo Nombre<br>RAFEL                                          |                                    |
| Primer Apellido<br>PACHECO                             |                                                                          | Segundo Apellido<br>CASTRO                                       |                                    |
| Estado Civil                                           | Sexo                                                                     | Grupo Sanguíneo                                                  | Tipo Régimen                       |
| EPS                                                    |                                                                          | Convenio                                                         |                                    |
| Fecha Nacimiento                                       | País                                                                     | Departamento                                                     |                                    |
| Ciudad                                                 |                                                                          |                                                                  |                                    |
| Tipo Documento<br>CC                                   | Número Documento<br>11001075                                             | País Expedición<br>Colombia                                      | Departamento Expedición<br>Córdoba |
| Ciudad Expedición<br>Montería                          |                                                                          |                                                                  |                                    |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>           |                                                                          |                                                                  |                                    |
| País<br>Colombia                                       | Departamento<br>Córdoba                                                  | Ciudad<br>Montería                                               | Barrio                             |
| Estrato                                                | Dirección<br>MZ 9 LOTE 11 BARRIO LA RIBERA                               |                                                                  |                                    |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                         | Teléfono<br>302/527-8816                                                 | Otro Tipo                                                        | Teléfono                           |
| Correo-E Preferido<br>carlos.pachecocastro45@gmail.com |                                                                          | Correo-E Alternativo                                             |                                    |
| <b>ESTUDIOS</b>                                        |                                                                          |                                                                  |                                    |
| Nivel Académico<br>Pregrado                            | Último Centro Docente<br>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COL                  |                                                                  | Tipo Institución<br>Privada        |
| Fecha Grado<br>2011-11-25                              | Título Obtenido<br>PSICOLOGO                                             |                                                                  |                                    |
| Libro                                                  | Folio                                                                    | Tipo Bachiller<br>Académico                                      | País                               |
| Departamento                                           | Ciudad                                                                   |                                                                  |                                    |
| N° SPN                                                 | Fecha Examen                                                             | Vínculo con la Universidad de San Buenaventura<br>Ningún Vínculo |                                    |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                             |                                                                          |                                                                  |                                    |
| Actualmente<br>Trabaja<br>No                           | Empresa                                                                  | Cargo                                                            | Fecha Inicial                      |
| Teléfono Preferido                                     |                                                                          |                                                                  |                                    |
| País                                                   | Departamento                                                             | Ciudad                                                           | Dirección                          |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                          |                                                                          |                                                                  |                                    |
| Parentesco<br>Hermano                                  | Nombre Completo<br>CATHERYN GÓMEZ PINILLA                                | Teléfono<br>300/321-0377                                         | Extensión                          |
| Ocupación<br>INDEPENDIENTE                             | Contacto Principal<br>Si                                                 |                                                                  |                                    |
| Correo-E                                               | Dirección                                                                |                                                                  |                                    |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                               |                                                                          |                                                                  |                                    |
| Discapacidad<br>No                                     | Tipo Discapacidad 1                                                      | Tipo Discapacidad 2                                              | Tipo Discapacidad 3                |
| Grupo Étnico                                           |                                                                          |                                                                  |                                    |
| <b>IDIOMAS</b>                                         |                                                                          |                                                                  |                                    |

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. ☒

