



No. Solicitud: 00179835		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000095672			
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO			
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación
2669 2DO CURSO INTERPERIO 2026	ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO		2026-09-15
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre MAURICIO		Segundo Nombre	
Primer Apellido VALENCIA		Segundo Apellido GRAJALES	
Estado Civil Casado	Sexo Masculino	Grupo Sanguíneo O+	Tipo Régimen Contributivo
EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV		Convenio	
Fecha Nacimiento 1978-11-12	País Colombia	Departamento Caldas	
Ciudad Pácora		Ciudad Expedición Florencia	
Tipo Documento CC	Número Documento 17658515	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Cauquetá
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio No Aplica Localidad
Estrato 4	Dirección CALLE 7 # 83-31 APTO 618 CONJUNTO SIEMPRE VERDE, MED		
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 312/772-8132	Otro Tipo	Teléfono
Correo-E Preferido maovagra@hotmail.com		Correo-E Alternativo mauricio.valencia231@tau.usbmed.edu.co	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA CATOLI		Tipo Institución Privada
Fecha Grado 2022-07-22	Título Obtenido PSICÓLOGO		
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 INDEPENDIENTE	Cargo PSICÓLOGO	Fecha Inicial 2016-01-15
Teléfono Preferido 312/772-8132			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Dirección
REFERENCIAS PERSONALES			
Parentesco Cónyuge	Nombre Completo CLAUDIA TAMAYO ALVAREZ	Teléfono 324/263-8459	Extensión
Ocupación ARQUITECTO	Contacto Principal Si		
Correo-E	Dirección CALLE 7#83-31		
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. ☒

