



No. Solicitud: 00151856						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000145131																					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO																					
<table><tr><td>Institución Académica</td><td>Campus</td><td>Grado Académico</td><td>Tipo Admisión</td></tr><tr><td>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA</td><td>USB MEDELLÍN - CAMPUS</td><td>Pregrado</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td>Ciclo Lectivo</td><td colspan="2">Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td>SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025</td><td colspan="2">PSICOLOGÍA (ARMENIA)</td><td>2025-04-04</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación	SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	PSICOLOGÍA (ARMENIA)	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	PSICOLOGÍA (ARMENIA)		2025-04-04																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre NIKOLLE		Segundo Nombre		Primer Apellido LÓPEZ		Segundo Apellido LOAIZA															
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo O+	Tipo Régimen Contributivo	EPS Ninguna	Convenio																
Fecha Nacimiento 2015-02-03	País Colombia		Departamento Quindío			Ciudad Armenia															
Tipo Documento CC	Número Documento 1095179116	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Quindío		Ciudad Expedición Armenia															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Quindío	Ciudad Circasia	Barrio	Estrato 4	Dirección BARRIO MEDIOAMBIENTE MZ D CASA 3 PISO 2																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 320/783-8481		Otro Tipo Otros	Teléfono 321/880-3102																	
Correo-E Preferido lopeznikolle68@gmail.com				Correo-E Alternativo																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico	Último Centro Docente		Tipo Institución	Fecha Grado	Titulo Obtenido																
Libro	Folio	Tipo Bachiller	País	Departamento	Ciudad																
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura																			
INFORMACIÓN LABORAL																					
Actualmente Trabaja No	Empresa		Cargo	Fecha Inicial	Teléfono Preferido																
País	Departamento		Ciudad	Dirección																	
REFERENCIAS PERSONALES																					
Parentesco Otro Familiar	Nombre Completo JOHANNA ANDREA CARMONA		Teléfono 321/880-3102	Extensión	Ocupación AGRÓNOMO	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 juramento que expreso mi libre aceptación y consentimiento, en compañía de mis padres o acudientes por ser menor de edad. ☒

