



|                                                              |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00153606                            |                                                         |                                                                  |                             | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                                 |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000146500                       |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                                 |
| <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                                      | Maestría                    | ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO                         |                                 |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                                         |                                                         | <b>Programa Académico</b>                                        |                             | <b>Fecha Generación</b>                              |                                 |
| SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025                               |                                                         | MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA<br>CLÍNICA                                |                             | 2025-05-09                                           |                                 |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                                      |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                                 |
| Primer Nombre<br>CARLOS                                      |                                                         | Segundo Nombre<br>MARIO                                          |                             | Primer Apellido<br>MURIEL                            |                                 |
| Estado Civil                                                 |                                                         | Sexo                                                             | Grupo Sanguíneo             | Tipo Régimen                                         | EPS                             |
| Fecha Nacimiento                                             |                                                         | País                                                             | Departamento                |                                                      | Convenio                        |
| Tipo Documento<br>CC                                         |                                                         | Número Documento<br>1045437801                                   | País Expedición<br>Colombia | Departamento Expedición<br>Antioquia                 | Ciudad Expedición<br>Tarazá     |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>                 |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                                 |
| País<br>Colombia                                             | Departamento<br>Antioquia                               | Ciudad<br>Tarazá                                                 | Barrio                      | Estrato                                              | Dirección<br>TARAZÁ - ANTIOQUIA |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                               | Teléfono<br>314/621-7287                                |                                                                  | Otro Tipo                   | Teléfono                                             |                                 |
| Correo-E Preferido<br>carlosmariomurielmartinez170@gmail.com |                                                         |                                                                  | Correo-E Alternativo        |                                                      |                                 |
| <b>ESTUDIOS</b>                                              |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                                 |
| Nivel Académico<br>Pregrado                                  | Último Centro Docente<br>POLITECNICO COLOMBIANO JAIME I |                                                                  | Tipo Institución<br>Pública | Fecha Grado<br>2021-09-27                            | 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>Otro Familiar                                  | Nombre Completo<br>KAREN YULIT ANGEL                    | Teléfono<br>314/837-6222                                         | Extensión                   | Ocupación<br>NO REGISTRA                             | 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](mailto: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. ☒

