



No. Solicitud: 00156053				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000148029					
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 2025		MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA		2025-06-16	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre MARIA		Segundo Nombre ZULEIMA		Primer Apellido OSPINA	
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS
Fecha Nacimiento		País		Departamento	
Tipo Documento CC		Número Documento 43991057	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia	Ciudad Expedición Medellín
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Guarne	Barrio	Estrato	Dirección CARRERA 52D #35A 90 CASA 5
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 313/662-7744		Otro Tipo	Teléfono	
Correo-E Preferido zuleospina2014@gmail.com			Correo-E Alternativo		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA		Tipo Institución Pública	Fecha Grado 2008-12-09	Título Obtenido MEDICO Y CIRUJANO
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País	Departamento	Ciudad
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Ningún Vínculo			
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja No	Empresa		Cargo	Fecha Inicial	Teléfono Preferido
País	Departamento		Ciudad	Dirección	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Cónyuge	Nombre Completo ALEJANDRA RAMÍREZ VÁSQUEZ		Teléfono 316/317-8664	Extensión	Ocupación NO REGISTRA
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@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. ☒

