



No. Solicitud: 00157835				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000149064					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO					
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 (MEDELLÍN)		2025-07-15	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre ALEJANDRO		Segundo Nombre		Primer Apellido RESTREPO	
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS
Fecha Nacimiento		País		Departamento	
Tipo Documento CC		Número Documento 1034988517		País Expedición Colombia	
				Departamento Expedición Antioquia	
				Ciudad Expedición Envigado	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Envigado	
Barrio		Estrato		Dirección CARRERA 27AA 37B SUR 70	
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 300/259-8710		Otro Tipo Otros	
Correo-E Preferido restrepomedinaalejandro@gmail.co		Teléfono 300/200-8771		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS					
Nivel Académico		Último Centro Docente		Tipo Institución	
Libro		Folio		Fecha Grado	
Tipo Bachiller		País		Título Obtenido	
N° SPN		Fecha Examen		Departamento	
Vínculo con la Universidad de San Buenaventura		Ningún Vínculo		Ciudad	
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja No		Empresa		Cargo	
Fecha Inicial		Teléfono Preferido			
País		Departamento		Ciudad	
Dirección					
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Madre		Nombre Completo MARCELA MEDINA		Teléfono 300/200-8771	
Extensión		Ocupación PSIQUIATRA		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 la gravedad de juramento que como mayor de edad no requiero de la asistencia de representantes legales. ☒

