



|                                              |                                                         |                                                                  |                             |                                       |                                     |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00158834            |                                                         | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b>             |                             |                                       |                                     |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000137522       |                                                         |                                                                  |                             |                                       |                                     |
| <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 NEUROPSICOLOGÍA                                      |                             | 2025-07-29                            |                                     |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                      |                                                         |                                                                  |                             |                                       |                                     |
| Primer Nombre<br>LUISA                       |                                                         | Segundo Nombre<br>FERNANDA                                       |                             | Primer Apellido<br>TANGARIFE          |                                     |
| Estado Civil<br>Soltero                      |                                                         | Sexo<br>Femenino                                                 | Grupo Sanguíneo<br>O+       | EPS<br>(SURA) COMP. SURAMERICANA SERV | Convenio                            |
| Fecha Nacimiento<br>1987-11-23               | País<br>Colombia                                        |                                                                  | Departamento<br>Antioquia   |                                       | Ciudad<br>Medellín                  |
| Tipo Documento<br>CC                         | Número Documento<br>1036611767                          | País Expedición<br>Colombia                                      |                             | Departamento Expedición<br>Antioquia  | Ciudad Expedición<br>Itagüí         |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b> |                                                         |                                                                  |                             |                                       |                                     |
| País<br>Colombia                             | Departamento<br>Antioquia                               | Ciudad<br>Medellín                                               | Barrio                      | Estrato<br>2                          | Dirección<br>CARRERA 89 A #80 EE 14 |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular               | Teléfono<br>301/349-4149                                |                                                                  | Otro Tipo<br>Otros          | Teléfono<br>597-9456                  |                                     |
| Correo-E Preferido<br>luisat10@hotmail.es    |                                                         |                                                                  | Correo-E Alternativo        |                                       |                                     |
| <b>ESTUDIOS</b>                              |                                                         |                                                                  |                             |                                       |                                     |
| Nivel Académico<br>Pregrado                  | Último Centro Docente<br>FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS A |                                                                  | Tipo Institución<br>Privada | Fecha Grado<br>2023-12-13             | Título Obtenido<br>PSICOLOGA        |
| 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>Compañero Piso                 | Nombre Completo<br>LUIS FERNANDO LOPERA<br>MORALES      |                                                                  | Teléfono<br>319/502-2837    | Extensión                             | Ocupación<br>NO REGISTRA            |
| 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. ☒

