



No. Solicitud: 00163094						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000151736																					
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>Maestría</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td colspan="2">Ciclo Lectivo</td><td>Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td colspan="2">2569 2DO CURSO INTERPERIO 2025</td><td>MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA</td><td>2025-10-20</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Maestría	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo		Programa Académico	Fecha Generación	2569 2DO CURSO INTERPERIO 2025		MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Maestría	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo		Programa Académico	Fecha Generación																		
2569 2DO CURSO INTERPERIO 2025		MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA	2025-10-20																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre LUNA		Segundo Nombre SOFÍA		Primer Apellido MENA		Segundo Apellido CHAVERRA															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen		EPS		Convenio														
Fecha Nacimiento	País			Departamento			Ciudad														
Tipo Documento CC	Número Documento 1003932808	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Chocó		Ciudad Expedición Quibdó															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Chocó	Ciudad Quibdó		Barrio	Estrato	Dirección CALLE 14 #5-77 NIÑO JESÚS SECTOR LA T.															
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 320/508-7608		Otro Tipo		Teléfono																
Correo-E Preferido lunasofiachaverra@gmail.com				Correo-E Alternativo																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA CLARET			Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2024-09-13	Título Obtenido PSICÓLOGA															
Libro	Folio	Tipo Bachiller Comercial		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 Otro Familiar	Nombre Completo CENID ROMAÑA MENA		Teléfono 322/616-3940	Extensión	Ocupación NO REGISTRA	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. ☒

