



No. Solicitud: 00163261						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000151852																					
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>Pregrado</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td>Ciclo Lectivo</td><td colspan="2">Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td>PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026</td><td colspan="2">PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)</td><td>2025-10-22</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación	PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026	PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026	PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)		2025-10-22																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre LAURA		Segundo Nombre ISABEL		Primer Apellido MARTINEZ		Segundo Apellido GONZALEZ															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen		EPS		Convenio														
Fecha Nacimiento	País			Departamento			Ciudad														
Tipo Documento TI	Número Documento 1013461894	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia			Ciudad Expedición Medellín														
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín		Barrio	Estrato	Dirección CR 65 N 43-48 ¿ MEDELLÍN															
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 315/340-7182		Otro Tipo Otros		Teléfono 315/340-7182																
Correo-E Preferido milalamg08@gmail.com				Correo-E Alternativo																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico	Último Centro Docente			Tipo Institución		Fecha Grado	Título Obtenido														
Libro	Folio	Tipo Bachiller		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 Padre	Nombre Completo JHON ERLEY MARTÍNEZ MEDINA		Teléfono 317/386-4448	Extensión	Ocupación INDEPENDIENTE	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@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 juramento que expreso mi libre aceptación y consentimiento, en compañía de mis padres o acudientes por ser menor de edad. ☒

