



No. Solicitud: 00163354		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000151928			
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
2569 2DO CURSO INTERPERIO 2025	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA		2025-10-23
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre JUAN		Segundo Nombre ESTEBAN	
Primer Apellido VALENCIA		Segundo Apellido REY	
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen
EPS		Convenio	
Fecha Nacimiento	País	Departamento	
Ciudad			
Tipo Documento CC	Número Documento 1128269121	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia
Ciudad Expedición Medellín			
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio
Estrato	Dirección CARRERA 65F 30C-10 TORRE 1 APTO 230 CONJUNTO RESIDENCIA		
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 312/299-1949	Otro Tipo	Teléfono
Correo-E Preferido juanesrey33@gmail.com		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA CATOLI		Tipo Institución Privada
Fecha Grado 2021-12-10	Título Obtenido PSICÓLOGO		
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 Hermano	Nombre Completo PAULA ANDREA VALENCIA REY	Teléfono 300/355-0878	Extensión
Ocupación MÉDICO	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. ☒

