



No. Solicitud: 00166845						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.
Id. Solicitante: 30000127749						
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		
2660 SEM ACADÉM No 0 - 2026-1		MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA		2026-01-14		
DATOS PERSONALES						
Primer Nombre ESTIWAR		Segundo Nombre ANDRES		Primer Apellido CORDOBA		Segundo Apellido MENA
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS		Convenio
Fecha Nacimiento 1999-04-12	País Colombia		Departamento Chocó			Ciudad Quibdó
Tipo Documento CC	Número Documento 1077480539	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Chocó			Ciudad Expedición Quibdó
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN						
País Colombia	Departamento Chocó	Ciudad Quibdó	Barrio	Estrato 2	Dirección CALLE 33 # 3 B 20	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 310/601-2223		Otro Tipo		Teléfono	
Correo-E Preferido stiwrandrescordoba@gmail.com			Correo-E Alternativo stiw.cordoba232@tau.usbmed.edu.co			
ESTUDIOS						
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA CLARET		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2023-03-17	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 Cónyuge	Nombre Completo KATHI XIOMARA ARIAS GUTIÉRREZ		Teléfono 314/724-1812	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@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 la gravedad de juramento que como mayor de edad no requiero de la asistencia de representantes legales. ☒

