



No. Solicitud: 00170732						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000156995																					
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>Ciclo Lectivo</td><td colspan="2">Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td>2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026</td><td colspan="2">MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA</td><td>2026-03-20</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	2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Maestría	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA		2026-03-20																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre FRANCIA		Segundo Nombre YOHANA		Primer Apellido ORONDA		Segundo Apellido QUINTERO															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS		Convenio															
Fecha Nacimiento	País		Departamento			Ciudad															
Tipo Documento CC	Número Documento 1093214440	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Risaralda		Ciudad Expedición Santa Rosa De Cabal															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Risaralda	Ciudad Santa Rosa De Cabal	Barrio	Estrato	Dirección SANTA ROSA DE CABAL																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 311/380-4914		Otro Tipo	Teléfono																	
Correo-E Preferido franciayohana7@gmail.com				Correo-E Alternativo																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS A			Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2025-12-17	Título Obtenido PSICÓLOGA															
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 Otro Familiar	Nombre Completo LUZ MARINA QUINTERO		Teléfono 311/384-1863	Extensión	Ocupación PROFESOR	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. ☒

