



No. Solicitud: 00170997						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.
Id. Solicitante: 30000057272						
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		
2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026		MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN		2026-03-27		
DATOS PERSONALES						
Primer Nombre JOHANN		Segundo Nombre SEBASTIAN		Primer Apellido QUIROZ		Segundo Apellido OCAMPO
Estado Civil Soltero	Sexo Masculino	Grupo Sanguíneo O+	Tipo Régimen Contributivo	EPS COOMEVA EPS S.A.		Convenio
Fecha Nacimiento 1998-04-25	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Medellín
Tipo Documento CC	Número Documento 1152220996	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Medellín
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN						
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio No Aplica Localidad	Estrato 3	Dirección CALLE 86 #45*20	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 320/702-4999		Otro Tipo		Teléfono	
Correo-E Preferido oquiroz111@gmail.com			Correo-E Alternó johann.quiroz191@tau.usbmed.edu.co			
ESTUDIOS						
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2024-09-05	Título Obtenido LICENCIADO	
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País	Departamento	Ciudad	
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado				
INFORMACIÓN LABORAL						
Actualmente Trabaja Sí	Empresa COLEGIO SAN JOSE DE LAS VEGAS		Cargo ENTRENADOR DEPORTIVO	Fecha Inicial 2018-07-03	Teléfono Preferido 320/702-4999	
País Colombia	Departamento Antioquia		Ciudad Medellín	Dirección		
REFERENCIAS PERSONALES						
Parentesco Madre	Nombre Completo ANGELA MARIA OCAMPO	Teléfono 320/702-4999	Extensión	Ocupación ASISTENTE	Contacto Principal Si	
Correo-E		Dirección				
DATOS BIOGRÁFICOS						
Discapacidad No	Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2		Tipo Discapacidad 3	Grupo Étnico NO APLICA
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. ☒

