



|                                                            |  |                                                          |                        |                                                      |  |
|------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------|--|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00171908                          |  |                                                          |                        | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |  |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000050221                     |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO</b>                    |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| <b>Institución Académica</b>                               |  | <b>Campus</b>                                            | <b>Grado Académico</b> | <b>Tipo Admisión</b>                                 |  |
| UNIV. DE SAN BUENAVENTURA                                  |  | USB<br>MEDELLÍN -<br>CAMPUS                              | Maestría               | ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO                         |  |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                                       |  | <b>Programa Académico</b>                                |                        | <b>Fecha Generación</b>                              |  |
| 2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026                             |  | MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA                              |                        | 2026-04-13                                           |  |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                                    |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| Primer Nombre<br>MARÍA                                     |  | Segundo Nombre<br>FERNANDA                               |                        | Primer Apellido<br>GUZMÁN                            |  |
| Estado Civil<br>Soltero                                    |  | Sexo<br>Femenino                                         |                        | Grupo Sanguíneo<br>O+                                |  |
| Fecha Nacimiento<br>2000-09-11                             |  | País<br>Colombia                                         |                        | Departamento<br>Bolívar                              |  |
| Tipo Documento<br>CC                                       |  | Número Documento<br>1001972242                           |                        | País Expedición<br>Colombia                          |  |
|                                                            |  |                                                          |                        | Departamento Expedición<br>Bolívar                   |  |
|                                                            |  |                                                          |                        | Ciudad Expedición<br>Cartagena                       |  |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>               |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| País<br>Colombia                                           |  | Departamento<br>Bolívar                                  |                        | Ciudad<br>Turbaco                                    |  |
| Barrio                                                     |  | Estrato                                                  |                        | Dirección<br>CRA 29 #23-10 URB. EL VALLE             |  |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                             |  | Teléfono<br>323/286-4576                                 |                        | Otro Tipo<br>Teléfono                                |  |
| Correo-E Preferido<br>mariafernandaguzman0911@gmail.com    |  | Correo-E Alternativo<br>mfguzmans@miusbctg.edu.co        |                        |                                                      |  |
| <b>ESTUDIOS</b>                                            |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| Nivel Académico<br>Pregrado                                |  | Último Centro Docente<br>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA CART  |                        | Tipo Institución<br>Privada                          |  |
| Libro                                                      |  | Folio                                                    |                        | Fecha Grado<br>2023-04-28                            |  |
| N° SPN                                                     |  | Tipo Bachiller<br>Académico                              |                        | Título Obtenido<br>PSICOLOGA                         |  |
| Fecha Examen                                               |  | País                                                     |                        | Departamento                                         |  |
|                                                            |  |                                                          |                        | Ciudad                                               |  |
| Vínculo con la Universidad de San Buenaventura<br>Egresado |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                                 |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| Actualmente<br>Trabaja<br>No                               |  | Empresa                                                  |                        | Cargo                                                |  |
| País                                                       |  | Departamento                                             |                        | Fecha Inicial                                        |  |
| Ciudad                                                     |  | Dirección                                                |                        | Teléfono Preferido                                   |  |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                              |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| Parentesco<br>Madre                                        |  | Nombre Completo<br>DIANA PATRICIA<br>SALDARRIAGA ESCOBAR |                        | Teléfono<br>300/822-8928                             |  |
| Extensión                                                  |  | Ocupación<br>NO REGISTRA                                 |                        | Contacto Principal<br>Si                             |  |
| Correo-E                                                   |  | Dirección                                                |                        |                                                      |  |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                                   |  |                                                          |                        |                                                      |  |
| Discapacidad<br>Sí                                         |  | Tipo Discapacidad 1<br>Otra                              |                        | Tipo Discapacidad 2                                  |  |
| Tipo Discapacidad 3                                        |  | Grupo Étnico<br>NO APLICA                                |                        |                                                      |  |
| <b>IDIOMAS</b>                                             |  |                                                          |                        |                                                      |  |

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. ☒

