



No. Solicitud: 00172470				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000055106					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO					
Institución Académica		Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA		USB MEDELLÍN - CAMPUS	Doctorado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	
Ciclo Lectivo		Programa Académico		Fecha Generación	
2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026		DOCTORADO EN PSICOLOGÍA		2026-04-21	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre JOHANNA		Segundo Nombre		Primer Apellido VALENCIA	
Estado Civil Casado		Sexo Femenino		Segundo Apellido ECHEVERRY	
Grupo Sanguíneo O+		Tipo Régimen Contributivo		EPS CAFESALUD EPS	
Convenio		Fecha Nacimiento 1982-01-11		País Colombia	
Departamento Risaralda		Ciudad Pereira		Tipo Documento CC	
Número Documento 42145505		País Expedición Colombia		Departamento Expedición Risaralda	
Ciudad Expedición Pereira					
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Medellín	
Barrio No Aplica Localidad		Estrato 3		Dirección CALLE 39 #52-95 APTO 1017 OCEANA	
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 311/373-4795		Otro Tipo Teléfono	
Correo-E Preferido johanna.valencia@tau.usbmed.edu.co		Correo-E Alternativo johannavalencia7@gmail.com			
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	
Fecha Grado 2021-02-18		Título Obtenido MAGISTER NEUROPSICOLOGIA		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 GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA GIPSI		Cargo PSICOLOGA	
Fecha Inicial 2018-09-01		Teléfono Preferido 219-2107		País Colombia	
Departamento Antioquia		Ciudad Medellín		Dirección	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Cónyuge		Nombre Completo JOHN EDUAR RINCÓN GIRALDO		Teléfono 321/758-0900	
Extensión		Ocupación INGENIERO		Contacto Principal Si	
Correo-E		Dirección			
DATOS BIOGRÁFICOS					
Discapacidad No		Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2	
Tipo Discapacidad 3		Grupo Étnico			
IDIOMAS					
Idioma Español		Lengua Materna No Traductor		No Profesor No	
Conversación Bajo Lectura		Medio Escritura Medio		Fecha Evaluación	

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. ☒