



No. Solicitud: 00173787		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000140110			
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
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026	MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA		2026-05-20
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre DANIELA		Segundo Nombre FERNANDA	
Primer Apellido OLARTE		Segundo Apellido OCAMPO	
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen Contributivo
EPS Ninguna		Convenio	
Fecha Nacimiento 1990-06-22	País Colombia	Departamento Antioquia	
Ciudad Medellín		Tipo Documento CC	
Número Documento 1020433291	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia	
Ciudad Expedición Bello		INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN	
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio No Aplica Localidad
Estrato 3	Dirección CL 92 C 32 42		
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 300/349-3317	Otro Tipo	Teléfono
Correo-E Preferido danielaolarte2206@gmail.com		Correo-E Alternativo auxiliar.virtualidad@usbmed.edu.co	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente CORPORACION UNIVERSITARIA MINU		Tipo Institución Privada
Fecha Grado 2025-10-01	Título Obtenido PSICOLOGA		País
Departamento	Ciudad		Nº 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 Madre	Nombre Completo MARINA OCAMPO PALACIO	Teléfono 321/224-6995	Extensión
Ocupación AMA DE CASA	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. ☒

