



No. Solicitud: 00173940		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 1034752			
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 PSICOLOGÍA CLÍNICA		2026-05-21
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre MARIA		Segundo Nombre CAMILA	
Primer Apellido RESTREPO		Segundo Apellido ARANGO	
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen
			EPS
Fecha Nacimiento 1997-07-25	País Colombia	Departamento Antioquia	
Tipo Documento CC	Número Documento 1146441389	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio No Aplica Localidad
Estrato 3	Dirección CALLE 23 NO 77-46		
Tipo Tel. Preferido Domicilio	Teléfono 310/440-3545	Otro Tipo	Teléfono
Correo-E Preferido mariacamilara97@hotmail.com		Correo-E Alternativo mariacamilara97@gmail.com	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada
Fecha Grado 2020-08-27	Título Obtenido PSICOLOGA		
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País
Departamento	Ciudad		
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado	
INFORMACIÓN LABORAL			
Actualmente Trabaja No	Empresa	Cargo	Fecha Inicial
Teléfono Preferido			
País	Departamento	Ciudad	Dirección
REFERENCIAS PERSONALES			
Parentesco Padre	Nombre Completo FERNANDO ADOLFO RESTREPO JARAMILLO	Teléfono 310/382-0889	Extensión
Ocupación PENSIONADO	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. ☒

