



No. Solicitud: 00174447						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.
Id. Solicitante: 30000091126						
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		2026-05-27		
DATOS PERSONALES						
Primer Nombre ALISSON		Segundo Nombre DAHIANA		Primer Apellido SANCHEZ		Segundo Apellido HERNANDEZ
Estado Civil Unión Civil	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo AB+	Tipo Régimen Subsidiado	EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV		Convenio
Fecha Nacimiento 2001-08-12	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Medellín
Tipo Documento CC	Número Documento 1000194609	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 CRA 42C # 110B 100	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 319/751-7742		Otro Tipo		Teléfono	
Correo-E Preferido alissonsanchezh1@gmail.com			Correo-E Alternativo alisson.sanchez221@tau.usbmed.edu.co			
ESTUDIOS						
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2025-09-25	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 Hermano	Nombre Completo LAURA SÁNCHEZ		Teléfono 300/846-5549	Extensión	Ocupación INDEPENDIENTE	Contacto Principal Si
Correo-E		Dirección				
DATOS BIOGRÁFICOS						
Discapacidad Sí	Tipo Discapacidad 1 Auditiva		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. ☒

