



No. Solicitud: 00175282		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000159803			
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		2026-06-09
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre ISABELLA		Segundo Nombre	
Estado Civil		Sexo	
Fecha Nacimiento		País	
Tipo Documento CC		Número Documento 1036684023	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia	
Ciudad Expedición Itagüí			
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia		Departamento Chocó	
Ciudad Condoto		Barrio	
Estrato		Dirección CONDOTO	
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 310/444-1043	
Correo-E Preferido isabellaariasgiraldo@gmail.com		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COL	
Libro		Folio	
N° 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 Hermano		Nombre Completo ESTEFANÍA ARIAS	
Teléfono 301/253-5770		Extensión	
Ocupación INDEPENDIENTE		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. ☒

