



No. Solicitud: 00175786		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.				
Id. Solicitante: 30000159956						
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO						
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión			
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO			
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación			
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026	ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO		2026-06-13			
DATOS PERSONALES						
Primer Nombre MARIA		Segundo Nombre CAMILA	Primer Apellido MUÑOZ	Segundo Apellido ESPINAL		
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS	Convenio	
Fecha Nacimiento	País		Departamento		Ciudad	
Tipo Documento CC	Número Documento 1000548926	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Medellín	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN						
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato	Dirección CALLE 39#103	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 305/334-9818		Otro Tipo	Teléfono		
Correo-E Preferido mkamilaespinal@hotmail.com			Correo-E Alternativo			
ESTUDIOS						
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIVERSIDAD DE MEDELLIN		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2025-11-28	Título Obtenido PSICOLOGA	
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País	Departamento	Ciudad	
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 Padre	Nombre Completo IVAN DARIO MUÑOZ MONSALVE		Teléfono 312/252-9461	Extensión	Ocupación NO REGISTRA	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@usbsmed.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. ☒

