



No. Solicitud: 00176285				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 1030925																			
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO																			
<table><tr><td>Institución Académica</td><td>Campus</td><td>Grado Académico</td><td>Tipo Admisión</td></tr><tr><td>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA</td><td>USB MEDELLÍN - CAMPUS</td><td>Especialización</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td colspan="2">Ciclo Lectivo</td><td>Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td colspan="2">SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026</td><td>ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO</td><td>2026-06-23</td></tr></table>					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		ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO
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		ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO	2026-06-23																
DATOS PERSONALES																			
Primer Nombre LUISA		Segundo Nombre MARIA		Primer Apellido ARROYAVE	Segundo Apellido HERNANDEZ														
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS	Convenio														
Fecha Nacimiento 1993-10-21	País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Itagüí														
Tipo Documento CC	Número Documento 1039460688	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia	Ciudad Expedición Sabaneta														
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio No Aplica Localidad	Estrato 3	Dirección CLL 31C #89DD54														
Tipo Tel. Preferido Domicilio	Teléfono 505 84 28		Otro Tipo Celular	Teléfono 310/510-3968															
Correo-E Preferido luisa.arroyave@tau.usbmed.edu.co			Correo-E Alternativo luisamah16@hotmail.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 LUIS BERNARDO ARROYAVE FRANCO		Teléfono 312/286-4810	Extensión	Ocupación PENSIONADO														
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. ☒

