



No. Solicitud: 00176556				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000160409					
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		2026-06-30	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre DANIELA		Segundo Nombre		Primer Apellido RESTREPO	
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	Segundo Apellido CEBALLOS
Fecha Nacimiento		País		Departamento	Convenio
Tipo Documento CC		Número Documento 1036400599		País Expedición Colombia	Ciudad
		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Carmen De Viboral	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 311/638-5024		Otro Tipo	Dirección CALLE46# 80 46
Correo-E Preferido danielaceballospsicologa@gmail.com		Correo-E Alternativo			
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente UNIVERSIDAD CATOLICA DE ORIENT		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2018-11-23
Libro		Folio	Tipo Bachiller Académico	País	Título Obtenido PSICOLOGA
N° SPN		Fecha Examen	Departamento Ciudad		
		Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Ningún Vínculo			
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja No		Empresa		Cargo	Fecha Inicial
País		Departamento		Teléfono Preferido	
		Ciudad		Dirección	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Madre		Nombre Completo LILIANA CEBALLOS RAMIREZ		Teléfono 311/638-5024	Extensión
Correo-E		Dirección		Ocupación PROFESOR	Contacto Principal Si
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. ☒

