



No. Solicitud: 00177204						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000160762																					
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>Pregrado</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td>Ciclo Lectivo</td><td colspan="2">Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td>SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026</td><td colspan="2">PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)</td><td>2026-07-15</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación	SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026	PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026	PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)		2026-07-15																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre MARIANA		Segundo Nombre		Primer Apellido RAMIREZ		Segundo Apellido LOPEZ															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS		Convenio															
Fecha Nacimiento	País			Departamento		Ciudad															
Tipo Documento CC	Número Documento 1032098708	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Medellín																
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato	Dirección CALLE 97A CARR 34-101																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 304/448-7606		Otro Tipo Otros	Teléfono 321/620-2870																	
Correo-E Preferido ramirezlopezmariana967@gmail.com				Correo-E Alternativo																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico	Último Centro Docente		Tipo Institución		Fecha Grado	Título Obtenido															
Libro	Folio	Tipo Bachiller	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 Madre	Nombre Completo MARÍA CAMILA RAMIREZ RIVAS		Teléfono 321/620-2870	Extensión	Ocupación ENFERMERO	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. ☒

