



No. Solicitud: 00177959				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000037693					
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	
2669 2DO CURSO INTERPERIO 2026		ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO		2026-07-30	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre YULIANA		Segundo Nombre		Primer Apellido ORTIZ	Segundo Apellido ZAPATA
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen Contributivo	EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV	Convenio
Fecha Nacimiento 1989-07-22	País Colombia	Departamento Antioquia			Ciudad Sabaneta
Tipo Documento CC	Número Documento 1037596474	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Envigado
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Sabaneta	Barrio	Estrato 3	Dirección CALLE 76 SUR # 46-22.
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 311/380-8548	Otro Tipo Domicilio		Teléfono 602-7718	
Correo-E Preferido yuliana02@hotmail.com			Correo-E Alternó yulianaortizzapata@gmail.com		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS A		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2014-06-18	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 Sí	Empresa FUNDACIÓN LA LUZ		Cargo DIRECTORA CLÍNICA Y COORD. GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha Inicial 2016-06-07	Teléfono Preferido 311/380-8548
País Colombia	Departamento Antioquia		Ciudad Barbosa	Dirección	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Cónyuge	Nombre Completo JUAN CARLOS ARBOLEDA OCAMPO		Teléfono 314/752-0338	Extensión	Ocupación ABOGADO
Correo-E		Dirección			
DATOS BIOGRÁFICOS					
Discapacidad No	Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2		Tipo Discapacidad 3
Grupo Étnico					
IDIOMAS					
Idioma	Lengua Materna	No Profesor	Conversación Alto	Alto Escritura	Fecha Evaluación
Español	Si Traductor	No	Lectura	Alto	

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. ☒