



No. Solicitud: 00151884					FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.																			
Id. Solicitante: 30000145154																								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO																								
<table><tr><td>Institución Académica</td><td>Campus</td><td>Grado Académico</td><td colspan="2">Tipo Admisión</td></tr><tr><td>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA</td><td>USB MEDELLÍN - CAMPUS</td><td>Pregrado</td><td colspan="2">ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td colspan="2">Ciclo Lectivo</td><td>Programa Académico</td><td colspan="2">Fecha Generación</td></tr><tr><td colspan="2">SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025</td><td>PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)</td><td colspan="2">2025-04-07</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 2025		PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)	2025-04-07
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 2025		PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)	2025-04-07																					
DATOS PERSONALES																								
Primer Nombre MARIA		Segundo Nombre CAMILA		Primer Apellido MORALES	Segundo Apellido ROJAS																			
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS	Convenio																			
Fecha Nacimiento	País		Departamento		Ciudad																			
Tipo Documento TI	Número Documento 1038263403	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Santa Rosa De Osos																			
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																								
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Santa Rosa De Osos	Barrio	Estrato	Dirección CRA 33 N 31-121 JIMANI CENTRO																			
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 314/662-2424	Otro Tipo Otros	Teléfono 313 7692106																					
Correo-E Preferido mcario Rojas0906@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 Otro Familiar	Nombre Completo SARA MAZO ROJAS	Teléfono 313 7692106	Extensión	Ocupación ADMINISTRATIVO	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@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. ☒

