



No. Solicitud: 00152951						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000146007																					
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>Maestría</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 2025</td><td colspan="2">MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA</td><td>2025-04-25</td></tr></table>							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 2025	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	
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 2025	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA		2025-04-25																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre CATALINA		Segundo Nombre		Primer Apellido SANCHEZ		Segundo Apellido ANGEL															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS	Convenio																
Fecha Nacimiento	País	Departamento			Ciudad																
Tipo Documento CC	Número Documento 43256903	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia			Ciudad Expedición Medellín															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato	Dirección CALLE 50 A # 82-125 APTO 331, CONJUNTO RESIDENCIAL CALA																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 314/830-1992		Otro Tipo	Teléfono																	
Correo-E Preferido catasancheza@gmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Posgrado	Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2025-04-01	Título Obtenido ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA ORG																
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 Madre	Nombre Completo LUCIA ÁNGEL MARÍN	Teléfono 312/760-2030	Extensión	Ocupación NO REGISTRA	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. ☒

