



No. Solicitud: 00153488				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000040772					
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 2025		MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA		2025-05-07	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre KARINA		Segundo Nombre		Primer Apellido JARAMILLO	
Estado Civil Soltero		Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A+	Segundo Apellido OCHOA	
Fecha Nacimiento 1997-10-26		Tipo Régimen Contributivo		EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV	
País Colombia		Departamento Antioquia		Convenio	
Tipo Documento CC		Número Documento 1026158822		Ciudad Medellín	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Caldas	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio No Aplica Localidad	Estrato 2
Dirección CALLE 129 SUR CR 50-62 (INTERIOR 510)					
Tipo Tel. Preferido Principal		Teléfono 323/471-5411		Otro Tipo	Teléfono
Correo-E Preferido karina.jaramillo17@tau.usbmed.edu.co			Correo-E Alternativo karinajaramillo00@gmail.com		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente INST EDUC JAVIERA LONDOÑO		Tipo Institución Pública	
Fecha Grado 2021-08-27		Título Obtenido PSICOLOGA			
Libro		Folio		Departamento	
Tipo Bachiller Académico		País		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		Dirección	
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Hermano		Nombre Completo CATHERINE JARAMILLO OCHOA		Teléfono 314/542-4007	
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 NO APLICA			
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. ☒

