



No. Solicitud: 00154293				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000146962					
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		2025-05-20	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre MARIANA		Segundo Nombre		Primer Apellido ECHEVERRI	
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	Segundo Apellido GUERRA
Fecha Nacimiento		País		EPS	Convenio
País		Departamento		Ciudad	
Tipo Documento CC		Número Documento 1007111648	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia	Ciudad Expedición La Estrella
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia	Ciudad Itagüí	Barrio	Estrato
Dirección CALLE 75AA SUR #52E-105 ITAGÜÍ- ANTIOQUIA					
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 321/847-5728		Otro Tipo	Teléfono
Correo-E Preferido marianaecheverrig@gmail.com			Correo-E Alternativo		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVAR		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2024-08-27
Libro		Folio	Tipo Bachiller Académico	País	Título Obtenido PSICOLOGA
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 ELIANA GUERRA		Teléfono 312/790-9329	Extensión
Ocupación ABOGADO		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. ☒

