



No. Solicitud: 00155459						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000147640																					
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>Pregrado</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">PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)</td><td>2025-06-06</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)	
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)		2025-06-06																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre SARA		Segundo Nombre MANUELA		Primer Apellido MAZO		Segundo Apellido AGUIRRE															
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen Contributivo	EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV		Convenio															
Fecha Nacimiento 2007-09-21	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Medellín															
Tipo Documento TI	Número Documento 1033259914	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Medellín															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio No Aplica Localidad	Estrato 2	Dirección CALLE 79B #87 A18																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 321/720-8869		Otro Tipo Domicilio	Teléfono 442-3473																	
Correo-E Preferido saramanuelamazo250@gmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Enseñanza Secundaria	Último Centro Docente COL BARBARA MICARELLI		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2024-11-26	Título Obtenido OBTENIDO																
Libro 02	Folio 064	Tipo Bachiller Académico	País	Departamento	Ciudad																
N° SPN AC202510120824	Fecha Examen 2025-04-06	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura																			
INFORMACIÓN LABORAL																					
Actualmente Trabaja No	Empresa		Cargo	Fecha Inicial	Teléfono Preferido																
País	Departamento		Ciudad	Dirección																	
REFERENCIAS PERSONALES																					
Parentesco Padre	Nombre Completo FABIAN ALIRIO MAZO ELORZA		Teléfono 320/676-3803	Extensión *57	Ocupación SOCIOLOGO	Contacto Principal Si															
Correo-E fabianmazo@hotmail.com		Dirección CALLE79B #87 A-18																			
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. ☒

