



No. Solicitud: 00156266		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000148149			
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO			
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO		2025-06-18
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre CAROLINA		Segundo Nombre	
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo
Fecha Nacimiento		País	Departamento
Tipo Documento CC		Número Documento 1020452762	País Expedición Colombia
Primer Apellido HERRERA		Segundo Apellido SALAZAR	
EPS		Convenio	
Ciudad		Ciudad Expedición Bello	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Bello	Barrio
Estrato		Dirección CRA 43 36D 25 APTO 710	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 323 3954541	Otro Tipo	Teléfono
Correo-E Preferido carolinahs6203@gmail.com		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Posgrado	Último Centro Docente COL COOP MINUTO DE DIOS		Tipo Institución Pública
Fecha Grado 2019-03-23	Título Obtenido PSICÓLOGO		
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	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 Hermano	Nombre Completo SAMUEL UMAÑA SALAZAR	Teléfono 324/257-2824	Extensión
Ocupación PSICÓLOGO	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. ☒

