



No. Solicitud: 00157964				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000067797					
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		2025-07-16	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre YULIETH		Segundo Nombre VANESSA		Primer Apellido ESCOBAR	
Estado Civil Soltero		Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo O+	Segundo Apellido CASTRILLON	
Fecha Nacimiento 2000-06-27		Tipo Régimen Subsidiado		EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV	
País Colombia		Departamento Antioquia		Convenio	
Tipo Documento CC		Número Documento 1007382245		Ciudad Marinilla	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición La Estrella	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato 3
Dirección CRA 63 CALLE 73 SUR 126					
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 313/679-4045		Otro Tipo Teléfono	
Correo-E Preferido vaneescobar213@gmail.com			Correo-E Alternó Yulieth.Escobar201@tau.usbmed.edu.co		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	
Fecha Grado 2024-09-06		Título Obtenido PSICOLOGA			
Libro		Folio		País	
Tipo Bachiller Académico		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 TATIANA ZULUAGA		Teléfono 310/545-4366	
Extensión		Ocupación COMERCIANTE		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 habeesdata@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. ☒

