



No. Solicitud: 00160962				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.
Id. Solicitante: 30000150734				
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
2569 2DO CURSO INTERPERIO 2025		ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO		2025-09-20
DATOS PERSONALES				
Primer Nombre YULIETTE		Segundo Nombre		Primer Apellido TORRES
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo	Segundo Apellido QUINTERO
Fecha Nacimiento		Tipo Régimen		EPS
País		Departamento		Convenio
Tipo Documento CC		Número Documento 1036669047	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia
				Ciudad Expedición Itagüí
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN				
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Bello	Barrio	Estrato
Dirección CALLE 57 # 68 C 65				
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 301/630-5754	Otro Tipo		Teléfono
Correo-E Preferido yuliette.torresq@gmail.com		Correo-E Alternativo		
ESTUDIOS				
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COL		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2024-09-26
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País	Título Obtenido PSICÓLOGA
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 Cónyuge	Nombre Completo DEYBY GIL	Teléfono 311/721-6612	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
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. ☒

