



No. Solicitud: 00161144		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000049481			
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
2569 2DO CURSO INTERPERIO 2025		MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA	2025-09-23
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre CAMILA		Segundo Nombre	
Estado Civil Soltero		Sexo Femenino	
Fecha Nacimiento 1999-04-21		País Colombia	
Tipo Documento CC		Número Documento 1035442036	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia	
País Colombia		Departamento Antioquia	
Ciudad Medellín		Dirección CALLE 49 # 48 - 70 APTO 707	
Barrio No Aplica Localidad		Estrato 3	
Teléfono 321/684-6794		Otro Tipo Domicilio	
Teléfono 453-2789		Correo-E Alternativo camila.arango@tau.usbmed.edu.co	
Correo-E Preferido camirango72@gmail.com		Correo-E Alternativo camila.arango@tau.usbmed.edu.co	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado	
INFORMACIÓN LABORAL			
Actualmente Trabaja Sí	Empresa FUNDACION U DE A		Cargo PSICOLOGA INVESTIGATIVA
País Colombia	Departamento Antioquia		Ciudad Medellín
REFERENCIAS PERSONALES			
Parentesco Madre	Nombre Completo GLORIA RESTREPO		Teléfono 453-2789
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@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. ☒

