



No. Solicitud: 00163156		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000151772			
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO			
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Pregrado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación
PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026	PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)		2025-10-21
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre ANGELA		Segundo Nombre VALERIA	
Primer Apellido MOLANO		Segundo Apellido RAMIREZ	
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen
EPS		Convenio	
Fecha Nacimiento	País	Departamento	
Ciudad			
Tipo Documento TI	Número Documento 1028488703	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Bogotá
Ciudad Expedición Bogotá D.C.			
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Bello	Barrio
Estrato	Dirección AV 23 # 52 2 50 TORRE 1 APARTAMENTO 2302, BELLO		
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 324/481-6159	Otro Tipo Otros	Teléfono 324/481-6159
Correo-E Preferido angelavaleriamolanoramirez@gmail.com		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS			
Nivel Académico	Último Centro Docente		Tipo Institución
Fecha Grado	Título Obtenido		
Libro	Folio	Tipo Bachiller	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 Otro Familiar	Nombre Completo MARCELA RAMIREZ	Teléfono 304/350-5947	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@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 juramento que expreso mi libre aceptación y consentimiento, en compañía de mis padres o acudientes por ser menor de edad. ☒

