



No. Solicitud: 00165122				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000153445					
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	
2660 SEM ACADÉM No 0 - 2026-1		MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA		2025-11-27	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre SAHARA		Segundo Nombre		Primer Apellido ALVAREZ	
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	Segundo Apellido GUTIERREZ
Fecha Nacimiento		País		EPS	Convenio
Tipo Documento CC		Departamento		Ciudad	
Número Documento 1007743382		País Expedición Colombia		Ciudad Expedición Caucasia	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato
Dirección CALLE 77BB #85-30					
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 310/406-8431		Otro Tipo	Teléfono
Correo-E Preferido Sahara10072@gmail.com			Correo-E Alternativo		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente TECNOLOGICO DE ANTIOQUIA		Tipo Institución Pública	Fecha Grado 2024-03-22
Título Obtenido PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA					
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 SOFIA ALVAREZ GUTIERREZ		Teléfono 311/425-7596	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. ☒

