



No. Solicitud: 00165483						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000126546																					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO																					
<table><tr><td>Institución Académica</td><td>Campus</td><td>Grado Académico</td><td>Tipo Admisión</td></tr><tr><td>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA</td><td>USB MEDELLÍN - CAMPUS</td><td>Maestría</td><td>ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO</td></tr><tr><td>Ciclo Lectivo</td><td colspan="2">Programa Académico</td><td>Fecha Generación</td></tr><tr><td>2660 SEM ACADÉM No 0 - 2026-1</td><td colspan="2">MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA</td><td>2025-12-05</td></tr></table>							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	
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		2025-12-05																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre YULEIMA		Segundo Nombre		Primer Apellido RODRÍGUEZ		Segundo Apellido MÚNERA															
Estado Civil Casado	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A-	Tipo Régimen Contributivo	EPS NUEVA EPS		Convenio															
Fecha Nacimiento 1986-07-16	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Medellín															
Tipo Documento CC	Número Documento 1040320292	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia			Ciudad Expedición San Pedro														
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad San Pedro	Barrio	Estrato	Dirección CRA 49 # 46-71																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 312/872-3384		Otro Tipo Otros	Teléfono 312/872-3384																	
Correo-E Preferido yuleima1625@hotmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA CATOLI		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2019-12-20	Título Obtenido PSICÓLOGA																
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 Cónyuge	Nombre Completo JUAN FERNANDO ARROYAVE SÁNCHEZ		Teléfono 301/743-2646	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. ☒

