



No. Solicitud: 00167040				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000118807					
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		2026-01-17	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre ROSSY		Segundo Nombre KATERINE		Primer Apellido MUCHAVISOY	
Estado Civil Soltero		Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo O-	Segundo Apellido CHINDOY	
Fecha Nacimiento 1999-06-13		País Colombia		Convenio Ninguna	
Tipo Documento CC		País Expedición Colombia		Departamento Expedición Cauca	
Número Documento 1061819413		Departamento Putumayo		Ciudad Expedición Popayán	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Putumayo	Ciudad Mocoa	Barrio No Aplica Localida	Estrato 1
Dirección RESGUARDO INDÍGENA INGA YUNGUILLO					
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 310/769-4650		Otro Tipo Otros	
Teléfono 320/240-8455					
Correo-E Preferido rossymuchavisoy09@gmail.com		Correo-E Alternativo			
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA DE POP		Tipo Institución Privada	
Fecha Grado 2021-10-01		Título Obtenido PSICÓLOGA			
Libro 057		Folio 094		Tipo Bachiller Académico	
País Nº SPN		Fecha Examen		Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Ningún Vínculo	
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja Sí		Empresa SURTIFAMI		Cargo PSICÓLOGA	
Fecha Inicial 2022-11-25		Teléfono Preferido 310/215-5808			
País Colombia		Departamento Putumayo		Ciudad Mocoa	
Dirección					
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Padre		Nombre Completo HENRRI DANILO MUCHAVISOY SALAZAR		Teléfono 310/293-8259	
Extensión		Ocupación NINGUNA		Contacto Principal Sí	
Correo-E		Dirección			
DATOS BIOGRÁFICOS					
Discapacidad No		Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2	
Tipo Discapacidad 3		Grupo Étnico IGNA			
IDIOMAS					
Idioma Español		Lengua Materna No Traductor		No Profesor No	
Conversación Alto Lectura		Alto Escritura Alto		Fecha Evaluación 2023-01-13	

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. ☒