



No. Solicitud: 00167629		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000098208			
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO			
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación
2660 SEM ACADÉM No 0 - 2026-1	ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO		2026-01-27
DATOS PERSONALES			
Primer Nombre ARIANNY		Segundo Nombre KAROLAYN	Primer Apellido SUAREZ
Segundo Apellido ARBOLEDA			
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo B+	Tipo Régimen Contributivo
EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV		Convenio	
Fecha Nacimiento 1998-09-28	País Colombia	Departamento Chocó	
Ciudad Quibdó			
Tipo Documento CC	Número Documento 1017263259	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia
Ciudad Expedición Medellín			
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN			
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Marinilla	Barrio
Estrato 4		Dirección CARRERA 57 #22-604	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 301/227-2408	Otro Tipo Otros	Teléfono 311/330-0824
Correo-E Preferido ariaka2008@gmail.com		Correo-E Alternativo	
ESTUDIOS			
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA MARIA		Tipo Institución Privada
Fecha Grado 2020-09-16	Título Obtenido PSICOLOGA		
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 Sí	Empresa AGRO IMPULSO DEL CHOCÓ	Cargo COORDINADORA GENERAL	Fecha Inicial 2022-05-15
Teléfono Preferido 301/227-2408			
País Colombia	Departamento Chocó	Ciudad Bahía Solano	Dirección
REFERENCIAS PERSONALES			
Parentesco Madre	Nombre Completo MARIA CONSUELO ARBOLEDA ZAPATA	Teléfono 311/330-0824	Extensión
Ocupación ABOGADO	Contacto Principal Si		
Correo-E	Dirección		
DATOS BIOGRÁFICOS			
Discapacidad No	Tipo Discapacidad 1	Tipo Discapacidad 2	Tipo Discapacidad 3
Grupo Étnico NEGRITUDES			
IDIOMAS			
Idioma	Lengua Materna	No Profesor	Conversación
Español	Si Traductor	No	Alto Lectura
Alto Escritura	Fecha Evaluación		

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. ☒