



No. Solicitud: 00175784						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 30000155013																					
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>Especialización</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>SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026</td><td colspan="2">ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS</td><td>2026-06-13</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación	SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026	ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2026	ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS		2026-06-13																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre JULIANA		Segundo Nombre		Primer Apellido CASTILLO		Segundo Apellido RODAS															
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen Contributivo	EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV		Convenio															
Fecha Nacimiento 1998-03-08	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Medellín															
Tipo Documento CC	Número Documento 1214741872	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Medellín															
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN																					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Medellín	Barrio	Estrato 3	Dirección CRA 40 #47-54 EDIFICIO ORIÓN 2																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 311/782-7276		Otro Tipo		Teléfono																
Correo-E Preferido julianacastillorodaspsicologa@gmail.com				Correo-E Alternativo																	
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS A		Tipo Institución Privada		Fecha Grado 2024-12-18	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 LABORANDO SAS		Cargo PSICOLOGA		Fecha Inicial 2025-10-17	Teléfono Preferido 322/349-8968															
País Colombia	Departamento Antioquia		Ciudad Medellín		Dirección																
REFERENCIAS PERSONALES																					
Parentesco Madre	Nombre Completo CLAUDIA MARIA RODAS ALVAREZ		Teléfono 319/795-6398	Extensión	Ocupación NO REGISTRA	Contacto Principal Sí															
Correo-E		Dirección CRA 40 #47- 54																			
DATOS BIOGRÁFICOS																					
Discapacidad No	Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2		Tipo Discapacidad 3		Grupo Étnico NO APLICA														
IDIOMAS																					
Idioma	Lengua Materna	No Profesor	Conversación Alto		Alto Escritura		Fecha Evaluación														
Español	Sí Traductor	No	Lectura		Alto																

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. ☒