



No. Solicitud: 00180835						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.
Id. Solicitante: 30000091279						
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		
2669 2DO CURSO INTERPERIO 2026		MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA		2026-10-07		
DATOS PERSONALES						
Primer Nombre JUANITA		Segundo Nombre MARIA		Primer Apellido ARISTIZABAL		Segundo Apellido FERNANDEZ
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo A+	Tipo Régimen Contributivo	EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV		Convenio
Fecha Nacimiento 2004-02-05	País Colombia		Departamento Antioquia			Ciudad Medellín
Tipo Documento CC	Número Documento 1000414552	País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia		Ciudad Expedición Medellín
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN						
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Envigado	Barrio No Aplica Localidad	Estrato 2	Dirección CR 25 A 38 D SUR - 30	
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 310/545-4635		Otro Tipo		Teléfono	
Correo-E Preferido juanitaaristizabal8@gmail.com			Correo-E Alternativo juanita.aristizabal221@tau.usbmed.edu.co			
ESTUDIOS						
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2026-09-25	Título Obtenido PSICOLOGA	
Libro	Folio	Tipo Bachiller Académico	País	Departamento	Ciudad	
N° SPN	Fecha Examen	Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado				
INFORMACIÓN LABORAL						
Actualmente Trabaja No	Empresa		Cargo	Fecha Inicial	Teléfono Preferido	
País	Departamento		Ciudad	Dirección		
REFERENCIAS PERSONALES						
Parentesco Padre	Nombre Completo MARIA PAULA FERNÁNDEZ	Teléfono 301/412-5722	Extensión	Ocupación NO REGISTRA	Contacto Principal Si	
Correo-E		Dirección CRA 25 A # 38D SUR - 30				
DATOS BIOGRÁFICOS						
Discapacidad No	Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2		Tipo Discapacidad 3	Grupo Étnico NO APLICA
IDIOMAS						
Idioma Español	Lengua Materna No Traductor	Si Profesor Si	Conversación Alto Lectura	Alto Escritura Medio	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@usbmed.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. ☒