



No. Solicitud: 00171356				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000067482					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO					
Institución Académica		Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA		USB MEDELLÍN - CAMPUS	Doctorado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	
Ciclo Lectivo		Programa Académico		Fecha Generación	
2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026		DOCTORADO EN PSICOLOGÍA		2026-04-08	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre GINA		Segundo Nombre PAOLA		Primer Apellido PIMIENTA	
Estado Civil Casado		Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo O+	Segundo Apellido AVENDAÑO	
Fecha Nacimiento 1984-05-28		Tipo Régimen Contributivo		EPS (SURA) COMP. SURAMERICANA SERV	
País Colombia		Departamento Atlántico		Convenio	
Tipo Documento CC		Número Documento 55246534		Ciudad Barranquilla	
País Expedición Colombia		Departamento Expedición Atlántico		Ciudad Expedición Barranquilla	
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia	Ciudad Itagüí	Barrio No Aplica Localida	Estrato 4
Dirección CRA 53 # 73 SUR 40 ENTREBOSQUES APTO 909					
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 870-6978		Otro Tipo Domicilio	Teléfono 202-0080
Correo-E Preferido ginapimi@gmail.com			Correo-E Alternativo ginapimi@hotmail.com		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Posgrado		Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	
Fecha Grado 2023-03-10		Título Obtenido MAGISTER			
Libro		Folio	Tipo Bachiller Académico	País	
Departamento		Ciudad			
N° SPN		Fecha Examen			
Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado					
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja Sí		Empresa GRUPO ANTIOQUEÑO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA		Cargo COORDINADORA DE TALENTO HUMANO	
Fecha Inicial 2019-03-28		Teléfono Preferido 560-4781			
País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Medellín	
Dirección					
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Cónyuge		Nombre Completo ROBERTO CARLOS MULFORD ZAMORA		Teléfono 301/347-5969	
Extensión		Ocupación INGENIERO TÉCNICO		Contacto Principal Si	
Correo-E		Dirección			
DATOS BIOGRÁFICOS					
Discapacidad No		Tipo Discapacidad 1		Tipo Discapacidad 2	
Tipo Discapacidad 3		Grupo Étnico			
IDIOMAS					
Idioma		Lengua Materna		No Profesor No	
Español		No Traductor		Conversación Medio Lectura	
Medio Escritura Medio		Fecha Evaluación 2015-11-22			

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. ☒