



|                                              |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00172320            |                                                         |                                                                  |                             | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |                               |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>30000158012       |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
| <b>INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO</b>      |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
| <b>Institución Académica</b>                 |                                                         | <b>Campus</b>                                                    | <b>Grado Académico</b>      | <b>Tipo Admisión</b>                                 |                               |
| UNIV. DE SAN BUENAVENTURA                    |                                                         | USB<br>MEDELLÍN -<br>CAMPUS                                      | Doctorado                   | ADMISIÓN ESTUDIANTE<br>NUEVO                         |                               |
| <b>Ciclo Lectivo</b>                         |                                                         | <b>Programa Académico</b>                                        |                             | <b>Fecha Generación</b>                              |                               |
| 2663 1ER CURSO INTERPERIO 2026               |                                                         | DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA<br>EDUCACIÓN                         |                             | 2026-04-17                                           |                               |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                      |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
| Primer Nombre<br>ZUNILDA                     |                                                         | Segundo Nombre                                                   |                             | Primer Apellido<br>JIMENEZ                           |                               |
| Estado Civil                                 |                                                         | Sexo                                                             | Grupo Sanguíneo             | Tipo Régimen                                         | EPS                           |
| Fecha Nacimiento                             |                                                         | País                                                             | Departamento                |                                                      | Convenio                      |
| Tipo Documento<br>CC                         |                                                         | Número Documento<br>35604596                                     | País Expedición<br>Colombia | Departamento Expedición<br>Chocó                     | Ciudad Expedición<br>Quibdó   |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b> |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
| País<br>Colombia                             | Departamento<br>Antioquia                               | Ciudad<br>Yarumal                                                | Barrio                      | Estrato                                              | Dirección<br>CLLE 14#18A 30   |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular               | Teléfono<br>310/402-6023                                |                                                                  | Otro Tipo                   | Teléfono                                             |                               |
| Correo-E Preferido<br>zunildajp30@gmail.com  |                                                         |                                                                  | Correo-E Alternativo        |                                                      |                               |
| <b>ESTUDIOS</b>                              |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
| Nivel Académico<br>Pregrado                  | Último Centro Docente<br>UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CH |                                                                  | Tipo Institución<br>Pública | Fecha Grado<br>2006-09-15                            | Título Obtenido<br>LICENCIADA |
| Libro                                        | Folio                                                   | Tipo Bachiller<br>Académico                                      | País                        | Departamento                                         | Ciudad                        |
| N° SPN                                       | Fecha Examen                                            | Vínculo con la Universidad de San Buenaventura<br>Ningún Vínculo |                             |                                                      |                               |
| <b>INFORMACIÓN LABORAL</b>                   |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
| Actualmente<br>Trabaja<br>No                 | Empresa                                                 |                                                                  | Cargo                       | Fecha Inicial                                        | Teléfono Preferido            |
| País                                         | Departamento                                            |                                                                  | Ciudad                      | Dirección                                            |                               |
| <b>REFERENCIAS PERSONALES</b>                |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
| Parentesco<br>Hermano                        | Nombre Completo<br>RUTH JIMENEZ PEÑA                    | Teléfono<br>300/208-5194                                         | Extensión                   | Ocupación<br>PROFESOR                                | Contacto Principal<br>Si      |
| Correo-E                                     |                                                         | Dirección                                                        |                             |                                                      |                               |
| <b>DATOS BIOGRÁFICOS</b>                     |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |
| Discapacidad<br>No                           | Tipo Discapacidad 1                                     | Tipo Discapacidad 2                                              | Tipo Discapacidad 3         | Grupo Étnico                                         |                               |
| <b>IDIOMAS</b>                               |                                                         |                                                                  |                             |                                                      |                               |

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](mailto: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. ☒

