



|                                                      |                                                         |                                                            |                                                         |                                       |                                                                         |                                                      |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>No. Solicitud:</b><br>00172444                    |                                                         |                                                            |                                                         |                                       |                                                                         | <b>FOTO<br/>RECIENTE<br/>FONDO AZUL<br/>3x4 c.m.</b> |
| <b>Id. Solicitante:</b><br>20141460026               |                                                         |                                                            |                                                         |                                       |                                                                         |                                                      |
| <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                   |                                                         | 2026-04-20                            |                                                                         |                                                      |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                              |                                                         |                                                            |                                                         |                                       |                                                                         |                                                      |
| Primer Nombre<br>EFRAIN                              |                                                         | Segundo Nombre<br>JOSE                                     |                                                         | Primer Apellido<br>VARGAS             |                                                                         | Segundo Apellido<br>LOZANO                           |
| Estado Civil<br>Soltero                              | Sexo<br>Masculino                                       | Grupo Sanguíneo<br>O+                                      | Tipo Régimen<br>Contributivo                            | EPS<br>(SURA) COMP. SURAMERICANA SERV |                                                                         | Convenio                                             |
| Fecha Nacimiento<br>1986-03-02                       | País<br>Colombia                                        |                                                            | Departamento<br>Bolívar                                 |                                       |                                                                         | Ciudad<br>Cartagena                                  |
| Tipo Documento<br>CC                                 | Número Documento<br>1018402498                          | País Expedición<br>Colombia                                |                                                         | Departamento Expedición<br>Bogotá     |                                                                         | Ciudad Expedición<br>Bogotá D.C.                     |
| <b>INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN</b>         |                                                         |                                                            |                                                         |                                       |                                                                         |                                                      |
| País<br>Colombia                                     | Departamento<br>Bolívar                                 | Ciudad<br>Cartagena                                        | Barrio<br>No Aplica Localida                            | Estrato<br>2                          | Dirección<br>KRA 91A # 39H -80 TORRE 6 APTO 239<br>CONJ PALMERAS JARDÍN |                                                      |
| Tipo Tel. Preferido<br>Celular                       | Teléfono<br>310/627-5337                                |                                                            | Otro Tipo<br>Otros                                      |                                       | Teléfono<br>311/637-3837                                                |                                                      |
| Correo-E Preferido<br>efrain.vargas.lozano@gmail.com |                                                         |                                                            | Correo-E Alternativo<br>ejvargas@academia.usbbog.edu.co |                                       |                                                                         |                                                      |
| <b>ESTUDIOS</b>                                      |                                                         |                                                            |                                                         |                                       |                                                                         |                                                      |
| Nivel Académico<br>Pregrado                          | Último Centro Docente<br>UNIV. DE SAN BUENAVENTURA BOGO |                                                            | Tipo Institución<br>Privada                             | Fecha Grado<br>2023-04-27             | Título Obtenido<br>MAGISTER EN TEOLOGIA                                 |                                                      |
| Libro                                                | Folio                                                   | Tipo Bachiller<br>Académico                                | País                                                    | Departamento                          | Ciudad                                                                  |                                                      |
| N° SPN                                               | Fecha Examen                                            | Vínculo con la Universidad de San Buenaventura<br>Egresado |                                                         |                                       |                                                                         |                                                      |
| <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>Madre                                  | Nombre Completo<br>ANGÉLICA LOZANO                      |                                                            | Teléfono<br>310/506-9972                                | Extensión                             | Ocupación<br>ADMINISTRATIVO                                             | 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. ☒

