



No. Solicitud: 00154050						FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.															
Id. Solicitante: 1021756																					
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>Doctorado</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 2025</td><td colspan="2">DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN</td><td>2025-05-17</td></tr></table>							Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Doctorado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación	SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN	
Institución Académica	Campus	Grado Académico	Tipo Admisión																		
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA	USB MEDELLÍN - CAMPUS	Doctorado	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO																		
Ciclo Lectivo	Programa Académico		Fecha Generación																		
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025	DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN		2025-05-17																		
DATOS PERSONALES																					
Primer Nombre MARISOL		Segundo Nombre		Primer Apellido GARCIA		Segundo Apellido JIMENEZ															
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS	Convenio																
Fecha Nacimiento 1991-06-22	País Colombia	Departamento Valle del Cauca			Ciudad Zarzal																
Tipo Documento CC	Número Documento 1116439750	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 28 # 45-90																
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 310/869-4715		Otro Tipo	Teléfono																	
Correo-E Preferido marisol10202011@hotmail.com			Correo-E Alternativo																		
ESTUDIOS																					
Nivel Académico Posgrado	Último Centro Docente UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVAR		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2018-02-23	Título Obtenido MAGISTER																
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 No	Empresa	Cargo		Fecha Inicial	Teléfono Preferido																
País	Departamento	Ciudad		Dirección																	
REFERENCIAS PERSONALES																					
Parentesco Cónyuge	Nombre Completo JUAN PABLO DELGADO FIGUEROA	Teléfono 300/476-5375	Extensión	Ocupación NO REGISTRA	Contacto Principal Si																
Correo-E		Dirección																			
DATOS BIOGRÁFICOS																					
Discapacidad No	Tipo Discapacidad 1	Tipo Discapacidad 2		Tipo Discapacidad 3	Grupo Étnico																
IDIOMAS																					

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. ☒

