



No. Solicitud: 00154287				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000032314					
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	
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025		DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN		2025-05-20	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre LUISA		Segundo Nombre MARIA		Primer Apellido ARENAS	
Estado Civil Soltero		Sexo Femenino	Grupo Sanguíneo O+	Segundo Apellido LOPEZ	
Tipo Régimen Contributivo		EPS FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA		Convenio	
Fecha Nacimiento 1991-06-27		País Colombia		Departamento Antioquia	
Ciudad Copacabana		País Expedición Colombia		Departamento Expedición Antioquia	
Ciudad Expedición Copacabana					
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Copacabana	
Barrio No Aplica Localida		Estrato 3		Dirección CARRERA 52A #46A - 18	
Tipo Tel. Preferido Celular		Teléfono 319/597-3951		Otro Tipo Teléfono	
Correo-E Preferido luisa.arenas.lopez@gmail.com		Correo-E Alternativo luisa.arenas@tau.usbmed.edu.co			
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado		Último Centro Docente UNIV. DE SAN BUENAVENTURA MEDE		Tipo Institución Privada	
Fecha Grado 2019-11-28		Título Obtenido LICENCIADA EN LENGUA CASTELLAN			
Libro 2		Folio 578, 579		Tipo Bachiller Académico	
País N° SPN		Fecha Examen		Vínculo con la Universidad de San Buenaventura Egresado	
INFORMACIÓN LABORAL					
Actualmente Trabaja Sí		Empresa SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE MEDELLÍN		Cargo DOCENTE	
Fecha Inicial 2016-01-28		Teléfono Preferido 385-9887			
País Colombia		Departamento Antioquia		Ciudad Medellín	
Dirección					
REFERENCIAS PERSONALES					
Parentesco Madre		Nombre Completo EDILMA DEL CARMEN LÓPEZ CADAVID		Teléfono 601-4630	
Extensión		Ocupación AUXILIAR		Contacto Principal Si	
Correo-E		Dirección CARREA 53# 47A - 21			
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 habeeasdata@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. ☒

