



No. Solicitud: 00154519				FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.	
Id. Solicitante: 30000147141					
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO					
Institución Académica		Campus	Grado Académico	Tipo Admisión	
UNIV. DE SAN BUENAVENTURA		USB MEDELLÍN - CAMPUS	Especialización	ADMISIÓN ESTUDIANTE NUEVO	
Ciclo Lectivo		Programa Académico		Fecha Generación	
SEGUNDO PERIODO ACADÉMICO 2025		ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS		2025-05-22	
DATOS PERSONALES					
Primer Nombre DAMARIZ		Segundo Nombre		Primer Apellido QUIROZ	
Estado Civil		Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS
Fecha Nacimiento		País	Departamento		Convenio
Tipo Documento CC		Número Documento 42800007	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia	Ciudad Expedición La Estrella
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN					
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad La Estrella	Barrio	Estrato	Dirección CALLE 94 SUR # - 341 PUEBLO VIEJO
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 317/545-2974	Otro Tipo Otros	Teléfono 317/545-2974		
Correo-E Preferido damarizquirozardila@gmail.com			Correo-E Alternativo		
ESTUDIOS					
Nivel Académico Pregrado	Último Centro Docente UNIVERSIDAD AUTONOMA LATINOAMERICANA		Tipo Institución Privada	Fecha Grado 2025-05-22	Título Obtenido PSICOLOGA
Libro 0	Folio 0	Tipo Bachiller	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 JULIAN DAVID ZAPATA REALPE	Teléfono 318/206-1618	Extensión	Ocupación MÉDICO	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. ☒

