



		No. Solicitud: 00165158		FOTO RECIENTE FONDO AZUL 3x4 c.m.
		Id. Solicitante: 30000153476		
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DESEADO				
Institución Académica UNIV. DE SAN BUENAVENTURA		Campus USB MEDELLÍN - CAMPUS	Grado Académico Pregrado	
Ciclo Lectivo PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2026		Programa Académico PSICOLOGÍA (MEDELLÍN)		Fecha Generación 2025-11-27
DATOS PERSONALES				
Primer Nombre EMELIN		Segundo Nombre JOHANA		Primer Apellido GOMEZ
Segundo Apellido JIMENEZ				
Estado Civil	Sexo	Grupo Sanguíneo	Tipo Régimen	EPS
Fecha Nacimiento		País	Departamento	
Ciudad				
Tipo Documento CC	Número Documento 1022147520	País Expedición Colombia	Departamento Expedición Antioquia	
Ciudad Expedición Bello				
INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y UBICACIÓN				
País Colombia	Departamento Antioquia	Ciudad Bello	Barrio	Estrato
Dirección CARRERA 62 # 52-27 EL CARMELO				
Tipo Tel. Preferido Celular	Teléfono 324/560-5830	Otro Tipo Otros	Teléfono 324/560-5830	
Correo-E Preferido gomezjimenezemelin@gmail.com		Correo-E Alternativo		
ESTUDIOS				
Nivel Académico	Último Centro Docente		Tipo Institución	Fecha Grado
Título Obtenido				
Libro	Folio	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 Madre	Nombre Completo JOHANA JIMENEZ	Teléfono 321/628-8805	Extensión	Ocupación ENFERMERO
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@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. ☒

