

CEPRODENT

CENTRO DE ESTUDIOS TÉCNICOS

NIT 900350585-2

Licencia de funcionamiento según resolución No 4033 del 11 de noviembre de 2004 y registro según resolución No 2007 del 10 de diciembre de 2021, emanada de la secretaria de Educación de Montería

Montería, 4 de marzo del año 2026

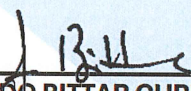
A quien pueda interesar.

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **ADRIANA LIZETH ACOSTA MONTES** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **1.069.475.163**, de **LA UNION - SUCRE**, cursó y aprobó estudios en el **PROGRAMA TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en nuestra Institución en el Primer Periodo del año 2024, registrado en el libro de actas No **003** acta de grado No **066**, folio No **066**, y registrado en el libro de diplomas No **005** folio No **151**. Con fecha de registro y entrega de certificación el 21 de junio del año 2024.

Agradeciéndoles de antemano la atención prestada

Atentamente,


FERNANDO BITTAR CURE
CC# 15.700.125 de Momil
DIRECTOR



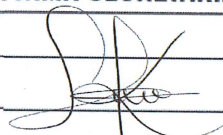
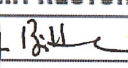

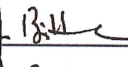

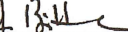
Correo: registroyadmisionesceprodent@gmail.com

Teléfonos: 301 443 1522 - 795 5902

Montería - Córdoba

Nombres: Adriana Lizeth
 Apellidos: Acosta Montes
 Tipo de Identificación: CC No. 1069475163 de La Unión
 Fecha de Nacimiento: 23-1-2003 Género: M F Estado Civil: soltera
 Dirección: Corregimiento Sabaneta Tel: 3146165414
 Lugar de Origen: Sabagún - Córdoba Estrato: 1
 Sisben: 1 Nivel de Formación: Bachiller
 Discapacidad: no Correo: adrianaacostamontes@gmail.com
 Multiculturalidad: Indígena Afrodescendiente Desplazado Población Frontera
 Cabeza de Familia Reinsertado Población Room

MATRICULA Y RENOVACIÓN

NIVEL	FECHA	PROGRAMA	TELÉFONO	FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA SECRETARIA	FIRMA RECTOR
I	8-223	Enfermería	3146165414			
II	6-623	Enfermería	3146165414			
III	2-224	Enfermería	3146165414			

DOCUMENTOS ENTREGADOS POR EL ESTUDIANTE	SI	NO
FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	
FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DEL ULTIMO GRADO APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/>	
FOTOCOPIA DE CARNET DE SALUD O SISBEN	<input checked="" type="checkbox"/>	
OTROS		

INFORME DE RETIRO

FECHA	MOTIVO	FIRMA DEL ESTUDIANTE	FIRMA DE RECTOR

TABLA INFORMATIVA

CARRERA QUE DESEA ESTUDIAR	<u>Auxiliar en Enfermería</u>
SEDE EN CUAL TOMARA LAS CLASES	<u>Ceprodent Montería</u>

SEMESTRES

ALUMNO: NUEVO ANTIGUO JORNADA: MAÑANA TARDE NOCHE SABATINA DOMINICAL

VALOR DEL SEMESTRE BONO AUXILIO 25% 50% 75% 100% OTROS

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DE SECRETARIA (O) GENERAL