



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, 24 de marzo del año 2026


A quien pueda interesar.

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **PEINADO AVENDAÑO LUZ MARY** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **1.067.972.227**, de **VALENCIA - CORDOBA**, cursó y aprobó estudios en el **PROGRAMA TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS**, en nuestra Institución en el Segundo Periodo del año 2025, registrado en el libro de actas No **003** acta de grado No **061**, folio No **061**, y registrado en el libro de diplomas No **003** folio No **094**. Con fecha de registro y entrega de certificación el 12 de diciembre del año 2025.

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: Jose Henry
 Apellidos: Perez Acosta
 Tipo de Identificación: CC No. 10670972227 de Valencia
 Fecha de Nacimiento: 26-5-2005 Género: M F Estado Civil: Soltero
 Dirección: 011 15 H2 1-35 Tel: _____
 Lugar de Origen: Venezuela Estrato: ?
 Sisben: 1 Nivel de Formación: Bachiller
 Discapacidad: NO Correo: Luis.perez@ceprodent.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
<u>I</u>	<u>3-6-24</u>	<u>farmacia</u>			<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
<u>II</u>	<u>10-2-25</u>	<u>farmacia</u>			<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
<u>III</u>	<u>3-6-25</u>	<u>farmacia</u>			<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>

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>servicios farmaceuticos</u>
SEDE EN CUAL TOMARA LAS CLASES	<u>Ceprodent - Montferri</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