



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, 9 de febrero del año 2026

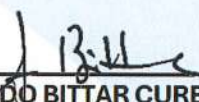
A quien pueda interesar.

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **MUÑOZ BOHORQUEZ FABIO ANDRES** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **1.066.185.310**, de **CHINU - CORDOBA**, cursó y aprobó estudios en el **PROGRAMA TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD**, en nuestra Institución en el Segundo Periodo del año 2025, registrado en el libro de actas No **001** acta de grado No **031**, folio No **031**, y registrado en el libro de diplomas No **001** folio No **032**. 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



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, 9 de febrero del año 2026


A quien pueda interesar.

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **OSTA ALVAREZ VANESA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **1.066.176.256**, de **CHINU - CORDOBA**, cursó y aprobó estudios en el **PROGRAMA TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en nuestra Institución en el Segundo Periodo del año 2025, registrado en el libro de actas No **004** acta de grado No **070**, folio No **070**, y registrado en el libro de diplomas No **005** folio No **154**. 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



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, 9 de febrero del año 2026


A quien pueda interesar.

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **CONTRERAS CONTRERAS KATTERINE** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **1.066.176.602**, de **CHINU - 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: registroyadmissionesceprodent@gmail.com

Teléfonos: 301 443 1522 - 795 5902

Montería - Córdoba

Nombres: Katherine
 Apellidos: Contreras Contreras
 Tipo de Identificación: CC No. 1066176602 de Chunu
 Fecha de Nacimiento: 15-6-2006 Género: M F Estado Civil: Soltera
 Dirección: Ora. 4 A-26. Piedras Blancas Tel: 3136108987
 Lugar de Origen: Chunu Cordoba Estrato: 1
 Sisben: ? Nivel de Formación: Bachiller
 Discapacidad: NO Correo: katherinecontreras857@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	3-6-24	farmacia	3136103987			
II	2-2-25	farmacia	3136103987			
III	6-6-25	farmacia	3136103987			

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 Farmacéuticos</u>
SEDE EN CUAL TOMARA LAS CLASES	<u>Caprodent Fronteriza</u>

ALUMNO: NUEVO ANTIGUO JORNADA: MAÑANA TARDE NOCHE SABATINA DOMINICAL

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

SEMESTRES

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DE SECRETARIA (O) GENERAL

Nombres: Vanesa
 Apellidos: OSTA Alcaarez
 Tipo de Identificación: CC No. 1066176256 de Chinu
 Fecha de Nacimiento: 4-6-2006 Género: M F Estado Civil: soltera
 Dirección: Dgl. 25205 MA 1 H 8 Tel: _____
 Lugar de Origen: Chinu - Cordoba Estrato: 1
 Sisben: (Nivel de Formación: Bachiller
 Discapacidad: NO Correo: Vanesaosta464@gmail.com
 Multiculturalidad: Indigena Afrodescendiente Desplazado Población Frontera
 Cabeza de Familia Reinsertado Población Room

MATRICULA Y RENOVACIÓN

NIVEL	FECHA	PROGRAMA	TELÉFONO	FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA SECRETARIA	FIRMA RECTOR
I	2-6-25	Simena				
II	4-2-25	Simena				
III	6-6-25	Simena				

DOCUMENTOS ENTREGADOS POR EL ESTUDIANTE	SI	NO
FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD	<u>1</u>	
FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DEL ULTIMO GRADO APROBADO	<u>1</u>	
FOTOCOPIA DE CARNET DE SALUD O SISBEN	<u>1</u>	
OTROS		

INFORME DE RETIRO

FECHA	MOTIVO	FIRMA DEL ESTUDIANTE	FIRMA DE RECTOR

TABLA INFORMATIVA

CARRERA QUE DESEA ESTUDIAR	
SEDE EN CUAL TOMARA LAS CLASES	

ALUMNO: NUEVO ANTIGUO JORNADA: MAÑANA TARDE NOCHE SABATINA DOMINICAL

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

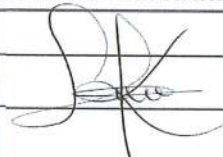
SEMESTRES

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DE SECRETARIA (O) GENERAL

Nombres: Fabio Andres
 Apellidos: Munoz Bohorquez
 Tipo de Identificación: CC No. 1066185810 de CIUW
 Fecha de Nacimiento: 10-7-1995 Género: M F Estado Civil: soltero
 Dirección: Invl. 282 # 23-110-B/costa azul Tel: 8127657206
 Lugar de Origen: Sahagin-Cordoba Estrato: 1
 Sisben: 1 Nivel de Formación: Bachiller
 Discapacidad: NO Correo: bohorquezfabio1095@gmail.com
 Multiculturalidad: Indigena 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>3-7-24</u>	<u>A. Salud</u>	<u>8127657206</u>			<u>[Signature]</u>
<u>II</u>	<u>4-3-25</u>	<u>A. Salud</u>	<u>8127657206</u>			<u>[Signature]</u>
<u>III</u>	<u>10-6-25</u>	<u>A. Salud</u>	<u>8127657206</u>			<u>[Signature]</u>

DOCUMENTOS ENTREGADOS POR EL ESTUDIANTE	SI	NO
FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD	<u>✓</u>	
FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DEL ULTIMO GRADO APROBADO	<u>✓</u>	
FOTOCOPIA DE CARNET DE SALUD O SISBEN	<u>✓</u>	
OTROS		

INFORME DE RETIRO

FECHA	MOTIVO	FIRMA DEL ESTUDIANTE	FIRMA DE RECTOR

TABLA INFORMATIVA

CARRERA QUE DESEA ESTUDIAR	<u>Aux Administrativo en Salud</u>
SEDE EN CUAL TOMARA LAS CLASES	<u>Ceprodent Montaña</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