



CEPRODENT

CENTRO DE ESTUDIOS TÉCNICOS

Con Licencia de funcionamiento según resolución N° 4033 del 11 de noviembre de 2004 y registro de programa según resolución N° 2007 del 10 de diciembre de 2021, emanada de la Secretaría de Educación de Montería.

Montería, 18 de febrero de 2026

A quien pueda interesar.

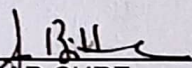
Cordial saludo

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **DAIRIS PATRICIA PEREZ DIAZ** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1.007.583.973 de Buenavista - Córdoba, cursó y aprobó estudios en el **PROGRAMA TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en nuestra Institución en el Segundo Periodo del año 2024 registrado en el libro de actas N° **004** acta de grado N° **067** Folio N° **067** y registrado en el libro de diplomas N° **005** folio N° **151**. Con fecha de registro y entrega de certificación el 23 de agosto del año 2024.

Agradeciéndoles de antemano la atención prestada.

Atentamente,




FERNANDO BITTAR CURE
CC# 15.700.125 de Momil
DIRECTOR

Cra 6 # 27-66

Teléfonos: (4)7955902 – (4)7975556- 3014431522

Email: coordinacionceprodentmonteria@gmail.com Página web: www.ceprodentmonteria.edu.co
MONTERIA - CORDOBA

Nombres: Dairis Patricia
 Apellidos: Perez Diaz
 Tipo de Identificación: Ce No. 1007583973 de Buenavista
 Fecha de Nacimiento: 27-08-2001 Género: M F Estado Civil: Soltero
 Dirección: Varede Mba Esquina Tel: 3205796848
 Lugar de Origen: Buenavista Estrato: 1
 Sisben: _____ Nivel de Formación: Bachiller
 Discapacidad: Ninguna Correo: Pdaires28@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	3-2-23	Enferm.	3205796848	Dairis Perez	[Firma]	[Firma]
II	7-7-23	Enferm.	3205796848	Dairis Perez	[Firma]	[Firma]
III	2-2-24	Enferm.	3205796848	Dairis Perez	[Firma]	[Firma]

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

SEMESTRES

ALUMNO: NUEVO ANTIGUO JORNADA: MAÑANA TARDE NOCHE SABATINA DOMINICAL

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

Dairis Perez
FIRMA DEL ESTUDIANTE

[Firma]
FIRMA DE SECRETARIA (O) GENERAL