



# 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 0509 del 9 de marzo de 2015, emanada de la secretaria de Educación de Montería

Montería, 9 de marzo del año 2026


**A quien pueda interesar.**

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **CELINA MARGARITA PUELLO TORDECILLA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **30.669.527**, de **LORICA - 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 2015, registrado en el libro de actas No **002** acta de grado No **025**, folio No **025**, y registrado en el libro de diplomas No **002** folio No **034**. Con fecha de registro y entrega de certificación el 18 de diciembre del año 2015.

Agradeciéndoles de antemano la atención prestada

Atentamente,

  
FERNANDO BITTAR CURE  
CC# 15.700.125 de Momil  
DIRECTOR



Correo: [registroyadmisionesceprodent@gmail.com](mailto:registroyadmisionesceprodent@gmail.com)

Teléfonos: 301 443 1522 - 795 5902

Montería - Córdoba

Nombres: Celina Margarita  
 Apellidos: Puello Torrealba  
 Tipo de Identificación: CC No. 30669527 de Lonea  
 Fecha de Nacimiento: 5-5-1982 Género:  M  F Estado Civil: soltera  
 Dirección: Caucasia, Autogona Tel: 3216097771  
 Lugar de Origen: Lonea - Cordoba Estrato: 1  
 Sisben: 1 Nivel de Formación: Bachiller  
 Discapacidad: no Correo: Celina.puello.82@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     | 3-6-14 | Enfermería | 3216097771 |                  |                  |              |
| II    | 6-2-15 | Enfermería | 3216097771 |                  |                  |              |
| III   | 9-6-15 | Enfermería | 3216097771 |                  |                  |              |

| DOCUMENTOS ENTREGADOS POR EL ESTUDIANTE             | SI | NO |
|---|----|----|
| FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD                    | 2  |    |
| FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DEL ULTIMO GRADO APROBADO | 2  |    |
| 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>Ceprodent Montaña</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