



# 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, 11 de mayo de 2026

**A quien pueda interesar.**

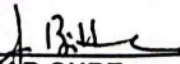
Cordial saludo

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **MONICA YULIAN MARTINEZ PEÑA** identificado (a) con Tarjeta de identidad No 1062962003 de **Montería – Córdoba**, cursó y aprobó estudios en el **PROGRAMA TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS** en nuestra Institución en el Segundo Periodo del año 2023 registrado en el libro de actas N°003 acta de grado N°056 Folio N° 056 y registrado en el libro de diplomas N° 003 folio N° 090. Con fecha de registro y entrega de certificación el 30 de noviembre del año 2023.

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](mailto:coordinacionceprodentmonteria@gmail.com) Página web: [www.ceprodentmonteria.edu.co](http://www.ceprodentmonteria.edu.co)  
MONTERIA - CORDOBA

Nombres: Monica Julian  
 Apellidos: Martinez Peña  
 Tipo de Identificación: TIE No. 1062 962 003 de Monteria.  
 Fecha de Nacimiento: 02-06-2006 Género:  M  F Estado Civil: Soltera  
 Dirección: Calle 60 #8B-48 las Armas Tel: 304585 8573  
 Lugar de Origen: Monteria Estrato: 1  
 Sisben: \_\_\_\_\_ Nivel de Formación: Bacheler  
 Discapacidad: Ninguna Correo: mmartinezdian@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>8-7-22</u>	<u>Farmacia</u>	<u>304585 8573</u>	<u>Monica Martinez</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
<u>II</u>	<u>3-2-23</u>	<u>Farmacia</u>	<u>304585 8573</u>	<u>Monica Martinez</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
<u>III</u>	<u>7-7-23</u>	<u>Farmacia</u>	<u>304585 8573</u>	<u>Monica Martinez</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>

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

**INFORME DE RETIRO**

FECHA	MOTIVO	FIRMA DEL ESTUDIANTE	FIRMA DE RECTOR

**TABLA INFORMATIVA**

CARRERA QUE DESEA ESTUDIAR	<u>Aux. En Serv. Farmaceuticos</u>
SEDE EN CUAL TOMARA LAS CLASES	<u>Monteria</u>

ALUMNO: NUEVO  ANTIGUO  JORNADA: MAÑANA  TARDE  NOCHE  SABATINA  DOMINICAL

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

SEMESTRES

Monica Julian Martinez Peña  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

[Firma]  
FIRMA DE SECRETARIA (O) GENERAL