



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 secretaría de Educación de Montería

Montería, 9 de abril del año 2026

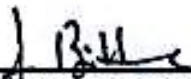
A quien pueda interesar.

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **BANDA MEDRANO MIRLEDYS DEL CARMEN** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **1.072.254.479**, de **SAN ANDRES DE SOTAVENTO - 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,




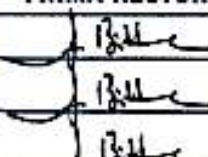

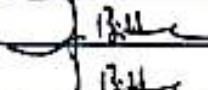


FERNANDO BITTAR CURE
CC# 15.700.125 de Momil
DIRECTOR



Correo: registroyadmisionesceprodent@gmail.com
Teléfonos: 301 443 1522 - 795 5902
Montería - Córdoba

Nombres: Ferdinand del Carmen
 Apellidos: Banda Medrano
 Tipo de Identificación: CC No. 1022254079 de San Andrés Sotavento
 Fecha de Nacimiento: 28-10-2006 Género: M F Estado Civil: soltero
 Dirección: Las Casitas Sur Tel: 3239652608
 Lugar de Origen: San Andrés de Sotavento Estrato: _____
 Sisben: 1 Nivel de Formación: _____
 Discapacidad: NO Correo: mibanda@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
I	8-7-14	Expresión	3239652608			
II	6-2-25	Expresión	3239652608			
III	3-6-25	Expresión	3239652608			

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	<input checked="" type="checkbox"/>	

INFORME DE RETIRO

FECHA	MOTIVO	FIRMA DEL ESTUDIANTE	FIRMA DE RECTOR

TABLA INFORMATIVA


CARRERA QUE DESEA ESTUDIAR	<u>Analizar 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