



# 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, 17 de febrero del año 2026


A quien pueda interesar.

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **SIMANCA CASARRUBIA CARMEN LILIANA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **1.066.513.640**, de **AYAPEL - 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](mailto:registroyadmisionesceprodent@gmail.com)  
Teléfonos: 301 443 1522 - 795 5902  
Montería - Córdoba

Nombres: Carmen Leticia  
 Apellidos: Simanca Casarubia  
 Tipo de Identificación: CC No. 1066513640 de Ajapel  
 Fecha de Nacimiento: 4-10-2006 Género:  M  F Estado Civil: soltera  
 Dirección: Cl 3 13 50 casa Tel: 3508922944  
 Lugar de Origen: Ajapel - Córdoba Estrato: 1  
 Sisben: 1 Nivel de Formación: Bachiller  
 Discapacidad: NO Correo: \_\_\_\_\_

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	10-6-24	Enfermería	3508922944	Carmen Simanca	[Firma]	[Firma]
II	8-2-25	Enfermería	3508922944	Carmen Simanca	[Firma]	[Firma]
III	6-6-25	Enfermería	3508922944	Carmen Simanca	[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>Axilari en enfermería</u>
SEDE EN CUAL TOMARA LAS CLASES	<u>Ceprodent Montería</u>

ALUMNO: NUEVO  ANTIGUO  JORNADA: MAÑANA  TARDE  NOCHE  SABATINA  DOMINICAL

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

SEMESTRES

Carmen Simanca  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

[Firma]  
FIRMA DE SECRETARIA (O) GENERAL