



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, 29 de mayo de 2026

A quien pueda interesar.

Cordial saludo

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **IVAN DAVID SANTOS CEBALLOS** identificado (a) con Cedula de ciudadanía No 1.062.425.709 de **Montería**, cursó y aprobó estudios en el **PROGRAMA TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS** en nuestra Institución en el Segundo Periodo del año 2025 registrado en el libro de actas N° 003 acta de grado N° 060 Folio N° 106 y registrado en el libro de diplomas N° 003 folio N° 096. Con fecha de registro y entrega de certificación el 26 de septiembre del año 2025.

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: Ivan David
 Apellidos: Santos Ceballos
 Tipo de Identificación: CC No. 1062425709 de Monteña
 Fecha de Nacimiento: 20-03-2004 Género: M F Estado Civil: Soltero
 Dirección: Cra 11w # 25-53 B El Dorado Tel: 3146975315
 Lugar de Origen: Monteña Estrato: 1
 Sisben: _____ Nivel de Formación: Bachiller
 Discapacidad: Ninguna Correo: ivanmanuel.santos@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	23-1-24	Farmacia	3146975315	Ivan Santos		
II	9-7-24	Farmacia	3146975315	Ivan Santos		
III	16-1-25	Farmacia	3146975315	Ivan Santos		

DOCUMENTOS ENTREGADOS POR EL ESTUDIANTE	SI	NO
FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD	-	
FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DEL ULTIMO GRADO APROBADO	-	
FOTOCOPIA DE GARNET DE SALUD O SISBEN	-	
OTROS		

INFORME DE RETIRO

FECHA	MOTIVO	FIRMA DEL ESTUDIANTE	FIRMA DE RECTOR

TABLA INFORMATIVA

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

ALUMNO: NUEVO ANTIGUO JORNADA: MAÑANA TARDE NOCHE SABATINA DOMINICAL

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

SEMESTRES

Ivan Santos
FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DE SECRETARIA (O) GENERAL