



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, 29 de mayo del año 2026

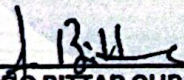
A quien pueda interesar.

Cordial saludo.

Respondiendo a su solicitud hacemos constar que el (la) señor (a) **ARGUMEDO IBÁÑEZ ANA CAMILA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No **1.064.979.505** de **SAN CARLOS - 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: Ara Camila
 Apellidos: Argomedo Ibañez
 Tipo de Identificación: CC No. 1064979505 de San Carlos
 Fecha de Nacimiento: 30-7-2004 Género: M F Estado Civil: soltera
 Dirección: Cll 10 # 10-14. B/la Lecha Tel: 3023181514
 Lugar de Origen: Cerefe Córdoba Estrato: 1
 Sisben: (Nivel de Formación: Bachiller
 Discapacidad: no Correo: tamiargmedo.30@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	10-6-24	Examen	3023181514	<u>Kamila Argomedo</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
II	8-2-25	Examen	3023181514	<u>Kamila Argomedo</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
III	7-6-25	Examen	3023181514	<u>Kamila Argomedo</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>

DOCUMENTOS ENTREGADOS POR EL ESTUDIANTE	SI	NO
FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DEL ULTIMO GRADO APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOTOCOPIA DE CARNET DE SALUD O SISBEN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Montería</u>

SEMESTRES

ALUMNO: NUEVO ANTIGUO JORNADA: MAÑANA TARDE NOCHE SABATINA DOMINICAL

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

Kamila Argomedo
FIRMA DEL ESTUDIANTE

[Firma]
FIRMA DE SECRETARIA (O) GENERAL