



Medellín, XX de XXXX de XXXX

**LA JEFE DE LA OFICINA DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA
UNIVERSIDAD CES**

Universidad de carácter privado Identificada con el NIT xxxxxx y Resolución de aprobación xxxx del xx de xxxx de xxxx.

CERTIFICA:

Que **XXXX XXXX XXXX** con documento de identidad **XXXX**, está matriculado en la Universidad como estudiante del **XXXX** de **XXXX** de la facultad de **XXXX**.

Cursó el **XXXX** semestre correspondiente al período académico **XXXX/XX**.

Actualmente cursa el **XXXX** semestre correspondiente al período académico **XXXX/XX**.

El periodo de duración de la especialización es desde **XXXX de XXXX hasta XXXX de XXXX**. El posgrado tiene una duración de **XXXX (XX)** semestres con una modalidad de dedicación exclusiva y de tiempo completo.

Las rotaciones realizadas durante el período **XXXX/XX** fueron las siguientes:

Nombre de la rotación	Fecha de la rotación	Institución hospitalaria
XXXX	XXXX	XXXX

Nota:

FIRMA AUTORIZADA

