



CAJA DE COMPENSACION FAMILAR "COMFAMILIAR CAMACOL"

CERTIFICADO DE ESTUDIO

El suscrito Director de _____, establecimiento oficialmente aprobado por resolución # _____, del Ministerio de Educación.

CERTIFICA

Que _____
Nombre y Apellidos del Estudiante

Hijo de _____
Nombre y Apellidos del Padre

Nombre y Apellidos de la Madre

Adelanta en esta Institución, estudios de tiempo completo con asiduidad y aprovechamiento; correspondientes a:

Primaria	_____ Grado de enseñanza	Horario:	Mañana () Tarde ()
Secundaria	_____ Grado de enseñanza	Horario:	Mañana () Tarde ()
Teconologico	_____ Semestre	Horario:	Diurno () Nocturno ()
Tecnico	_____ Semestre	Horario:	Diurno () Nocturno ()
Universitario	_____ Semestre	Horario:	Diurno () Nocturno ()

Firma Director

Sello de la Institución

La Caja podrá constatar la veracidad de esta certificación en los libros respectivos del plantel.

Lugar, _____

AÑO MES DIA

Nombre del trabajador

Cédula de ciudadanía

Empresa

Nit

Fecha recibido Comfamiliar Camacol