

PerfilIdioma y horaCertificacionesNo disponibleNoticiasDocumentosIncumplimientos

Compradores

Proveedores

ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Número de documento:1221974405

Ver perfil

Existencia y Representación

RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS

Nombre abreviado: ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS

Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía

Número de documento: 1221974405

Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Otro

País: COLOMBIA

Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena

Municipio: Santa Marta

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS

Identificación: 1221974405

Nacionalidad: COLOMBIANA

Domicilio: SANTA MARTA

Tipo documento: Cédula de Ciudadanía

Género: Mujer

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☒ No

Información General

MiPyme: No

Régimen tributario: Persona natural

Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres: ☐ Sí ☒ No

Pertenece a un grupo étnico?:

Condiciones especiales:

Contactos

Dirección: calle 39 #65-115 Mz I casa 2

Código postal: 470001

Correo electrónico de la oficina: alison.espejo97@gmail.com

Teléfono de oficina: 3507963214

Fax de oficina:

Página web:

Correo electrónico para notificaciones SECOP II: alison.espejo97@gmail.com

Link facebook:

Link linkedin:

Link youtube:

Link twitter:

Documentos relacionados

Indicadores de negocio

Clasificación:

★★★★★

Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones0

Visitas al perfil:6

Últimas ofertas enviadas: Sin datos

Última selecciónSin datos

Última actualización:4/02/2026 8:29 AM

5%

Datos del perfil
Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

Santa marta D.T.C.H, febrero 2026

E.S.E Hospital San Cristóbal de Ciénaga.

ASUNTO: PROPUESTA - OFERTA DE SERVICIOS.

Yo **ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS** identificada con la cedula de ciudadanía N.º **1.221.974.405** de Ciénaga- Magdalena, presento mi propuesta de servicios como **ENFERMERA**.

PLAZO: Me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales necesarios para la contratación.

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,

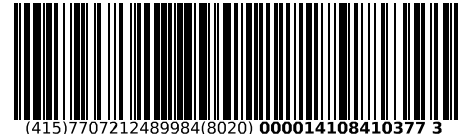


ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS
CC 1.221.974.405 de Ciénaga
TEL: 300 4436582

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141084103773



(415)7707212489984(8020) 000014108410377 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 2 2 1 9 7 4 4 0 5

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 2 2 1 9 7 4 4 0 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Ciénaga

1 8 9

31. Primer apellido

ESPEJO

32. Segundo apellido

GRANADOS

33. Primer nombre

ALISON

34. Otros nombres

MICHELL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

MZ I CA 2 URB VILLA TOLEDO

42. Correo electrónico

alison.espejo97@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 5 0 7 9 6 3 2 1 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 3 2 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.221.974.405**

ESPEJO GRANADOS

APELLIDOS

ALISON MICHELL

NOMBRES

Alison Espejo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-1997**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

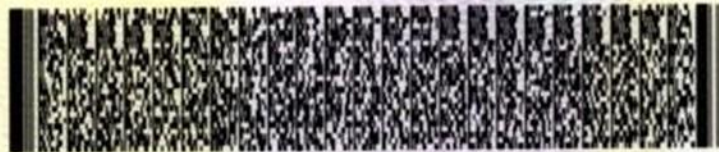
O+
G.S. RH

F
SEXO

09-SEP-2015 CIENAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arbel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SÁNCHEZ TORRES



P-2101600-00758250-F-1221974405-20151028

0047210463A 2

44958787

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD webmaster@hujmb.gov.co	
TELÉFONOS (605) 4372167	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 08 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	DEPENDENCIA PIC DISTRITAL		DIRECCIÓN Calle 23 CARRERA 14 ESQUINA
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CEHOCA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cehoca@cehoca.co.	
TELÉFONOS 4203080	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 02 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 05 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION		DIRECCIÓN CALLE 22 #15-34 ALCAZARES
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAICAO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	MUNICIPIO MAICAO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD calidad@clinicamaicao.com	
TELÉFONOS (605) 725 65 00	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 13 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 07 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y PEDIATRICO		DIRECCIÓN Calle 16 6-41 Maicao-La Guajira

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3-3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO CIÉNAGA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@esehospitalsancristobalcienaga.gov.co	
TELÉFONOS (605) 4382690	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 10 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA PIC DISTRITAL	DIRECCIÓN Carrera 5A Calle 21 Esq. – Ciénaga (Magdalena)	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, mayo 2025

Alison Espinoza

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Tayrona

Santa Marta - D.T.H.C.

Autorizado por la dirección del departamento administrativo de Educación
y cultura del Distrito Turístico e Histórica de Santa Marta
según Resolución No. 756 de noviembre 23 de 2000,

Confiere a

Alison Michell Espejo Granados

Identificado(a) con T.I. No. 970804-12596 Expedida en Santa Marta

El Título de

Bachiller Académico

Con Profundización en Ciencias

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al
Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Instituto.



[Firma]
Rector(a)

[Firma]
Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. *11* Folio No. *699* Diploma No. *111*

Dado en Santa Marta, a 28 de Noviembre de 2014

Armas



INSTITUTO TAYRONA
SANTA MARTA - D.T.H.C

Acta Individual de Grado

DATE	147001004522
INSCRIPCION	016
JORNADA	MAÑANA

En la ciudad SANTA MARTA a los 28 días del mes de NOVIEMBRE del año 2014 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de undécimo grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del INSTITUTO TAYRONA

Institución APROBADA HASTA UNDÉCIMO GRADO en el nivel de Educación Media ACADÉMICA y AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN DEL DPTO ADMINISTRATIVO DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL D. T. H. DE SANTA MARTA para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICA, SEGÚN RESOLUCIÓN No. 756 DE NOVIEMBRE 23 DE 2000

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media ACADÉMICA, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO
CON PROFUNDIZACIÓN EN CIENCIAS

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS
T.I 970804-12596 DE SANTA MARTA

es fiel copia tomada del Acta Original General No. 024 de fecha 28 DE NOVIEMBRE DE 2014 que consta de 30 estudiantes y que inicia con el nombre de LUISA FERNANDA ALZATE ROSAS y cierra con el nombre de JOSÉ ALFREDO VILLALBA MARTÍNEZ

Firmada y sellada por LIC. MOHAMED BOLAÑO TORRES (Rector(a))
y OSMAIDA GARCÍA BARRANCO (Secretario(a)).

Dada en SANTA MARTA a los 28 días del mes de NOVIEMBRE del año 2014

Firmado y Sellado por

[Firma]
Secretaría de Educación Distrital
Dirección de Núcleo
Unidad Administrativa
de Organización Escolar 03
Santa Marta

[Firma]
Rector(a).
C.C. No. 85.462.689 DE SANTA MARTA.

[Firma]
Secretario(a).
C.C. No. 36.551.404 DE SANTA MARTA
Diploma No. _____

República de Colombia



La Corporación Bolivariana del Norte

Decreto Jurídico No. 197 de 1993 - Gobernación del Magdalena

Certifica que

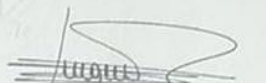
Alison Michell Espejo Granados

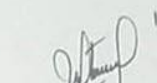
C.C. 1221974405 Ciénaga

Aprobó sus estudios y cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para recibir el presente Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias que lo acredita como Técnico Laboral en

Auxiliar en Enfermería

En testimonio de lo expuesto se expide en Santa Marta, Magdalena, a los
2 días del mes de julio de 2016


Rector


Secretario General


Directora Académica

Registrado en el Folio No. 4705 del Libro de Actas No. 8 Fecha: 02/07/2016





ACTA DE GRADO 08-4705-16

EL SUSCRITO RECTOR DE LA
CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEL NORTE

CERTIFICA

Que: El Consejo Directivo en su sesión del día veinticuatro (24) de junio de dos mil dieciséis (2016), en cumplimiento de lo establecido en los artículos 42 y 90 de la Ley 115 de 1994, en el Artículo 2 de la Ley 1064 de 2006 y en el Decreto 1075 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que: ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS, identificada con la cédula de ciudadanía número 1221974405 expedida en Cienaga, cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para la culminación satisfactoria de sus estudios,

RESUELVE

Otorgarle el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
que lo acredita como Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad 1700 horas

En nombre y representación de la Corporación Bolivariana del Norte y previo juramento de rigor, en solemne ceremonia de grado, el Rector hizo entrega del Diploma correspondiente, registrado en el Libro de Actas de Grado N° 08, Folio N° 4705.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, el día dos (2) de julio de dos mil dieciséis (2016).

CARLOS QUINTERO LOZANO
Rector



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Decreto 1818 de 1974 del 10 de Diciembre de 1974 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 581 del 7 de Mayo de 1976 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 3050 del 11 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS

con cédula de ciudadanía No. 1.221.974.405 de Ciénaga
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 30 de abril de 2021

Libro de Registros No. 0050420211 Folio No. 035 Registro No. 0342
Refrendado en Santa Marta el día 29 de abril de 2021


Director (a) Sede


Rector (a)


Secretario (a) General



Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortes Londoño



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 28 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 504 del 3 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1892 del 11 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-2870-2021

PROGRAMA: ENFERMERÍA
CODIGO SNIES: 4176
FECHA GRADO: 30 DE ABRIL DE 2021
LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS con Cédula de Ciudadanía No 1.221.974.405 de Ciénaga cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 007 en sesión del día 09 de abril de 2021.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus: ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad: DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario (a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 30 DE ABRIL DE 2021

Gloria Patricia Rave Iglesias
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General



Este documento fue firmado digitalmente con la ley de la legislación colombiana vigente.



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

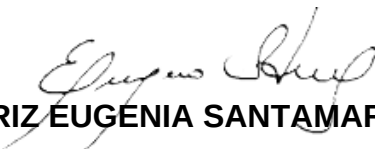
Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, ALISON MICHEL ESPEJO GRANADOS, con CC No. 1221974405, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 4 de febrero de 2026.

Atentamente


EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:



ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Primer Nombre

Cedula de Ciudadania

1221974405

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *





Cambiar

7140

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-02-04--8:36:36 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1221974405	ALISON	MICHELL	ESPEJO	GRANADOS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS identificado(a) con CC 1221974405 registra La siguiente información:

2026-02-04--8:36:36 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-10-28	1221974405	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-07-12	2190	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



GOBIERNO
DE COLOMBIA



La salud
es de todos

Minsalud



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS

C.C. 1.221.974.405

Universidad Cooperativa De Colombia

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: 30/04/2021

Fecha de Inscripción en Rethus: 28/10/2021



46431

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.



CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

La Señora **AISON MICHELL ESPEJO GRANADOS** identificada con C.C 1221974405 de Ciénaga, labora en la clínica, desde el 15 de febrero de 2022 hasta el 27 de mayo de 2022, con un contrato a término fijo, desempeñándose como **ENFERMERA**.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (03) tres días del mes de agosto de 2022.

Cordialmente,


JULIETH VILARDY GARCIA
Coordinadora de Talento Humano
Centros Hospitalarios del Caribe S.A.S

C.C.H. COMPROMISO, SENSIBILIDAD Y CONFIANZA
Calle 22 No.15 - 20 Teléfono: 3178830781
Santa Marta- Magdalena-Colombia



¡Calidad Médica con Atención Personalizada!
NIT: 839.000.356-0

Certificación N°. CE-01146

LA SUSCRITA JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA MAICAO S.A

HACE CONSTAR:

Que la señora **ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.221.974.405** de CIÉNAGA (MAGDALENA); labora en esta institución como **JEFE DE ENFERMERÍA** (Contrato OPS); desde el 26 de marzo del 2021 hasta el 30 de julio del 2021 desempeñándose en el área de unidad de cuidado intensivos neonatal y pediátrica.

Para mayor constancia se firma en Maicao, municipio de La Guajira el 01 de agosto del 2022.


CLINICA MAICAO
RECURSO HUMANO
DARLYS NAVARRO GOMEZ
JEFE DE TALENTO HUMANO



Calle 14 # 26 - 41 Maicao, La Guajira



(405) 725 6500



@ClinicaMaicao

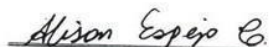


www.clinicamakao.com

ACTA DE INICIO

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATISTA	ALISON ESPEJO GRANADOS
IDENTIFICACION	1221974705
NUMERO DE CONTRATO	3425
FECHA DE INICIO	01 OCT 2021
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA SUPERIOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL DISTRITO DE SANTA MARTA – PIC DE LA ESE HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA.
VALOR DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES DE PESOS MCTE (\$9.000.000)
DURACION DEL CONTRATO:	TRES (03) MESES, DEL 01 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE 2021


CONTRATISTA


SUPERVISOR DEL CONTRATO

Proyectó: Fernando Mellado Fuentes
Asesor Jurídico de Apoyo al área de contratación

Revisó: Johana Carolina Hernández Romo
Asesor Jurídico en Contratación

Calle 5a Cra 21 Ciénaga – Magdalena
Telefax: (5) 4100747
N.I.T. 800.130.625-2
Esehospitalsancristobalcienaga.gov.co

 ESE Hospital San Cristobal de cienaga

 @h.s.c.sancristobal



Médico
en tu Casa

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

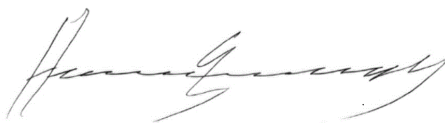
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 04 de febrero de 2026, a las 08:07:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1221974405
Código de Verificación	1221974405260204080722

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 290671517**



PIB

08:08:34

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1221974405:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

[INICIO](#)[CONTÁCTENOS](#)[PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:41:46 AM horas del 04/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1221974405**

Apellidos y Nombres: **ESPEJO GRANADOS ALISON MICHELL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75 –
25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de Defensa
Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:10:40 horas del 04/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1221974405**,
Apellidos y Nombres **ESPEJO GRANADOS ALISON MICHELL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIÉNAGA**, con NIT **800130625-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:** CENDIATRA SANTA MARTA**DIRECCIÓN:** Carrera 19 # 23-65, Los Naranjos**CIUDAD DE LA SEDE:** SANTA MARTA**TELÉFONO:** 6054358314**EMAIL:** santamarta@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2025-05-29

Nombres y apellidos: ALISON MICHELL ESPEJO
GRANADOS
Fecha de nacimiento: 04/08/1997
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 1221974405
Edad: 27 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-05-29 / 09:29:01
Fecha salida: 2025-05-29 / 09:32:18

**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

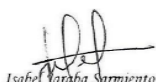
:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

DIETA Y EJERCICIO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



Isabel Jaraba Sarmiento
Universidad del Norte
Medicina S.S. T.
Lic. 315

ISABEL JARABA
RM: 26671535
Firma y sello del médico



ALISON MICHELL ESPEJO
GRANADOS
CC: 1221974405
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SANTA MARTA

DIRECCIÓN: Carrera 19 # 23-65, Los Naranjos

CIUDAD DE LA SEDE: SANTA MARTA

TELÉFONO: 6054358314

EMAIL: santamarta@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-05-29

Nombres y apellidos: ALISON MICHELL ESPEJO
GRANADOS
Fecha de nacimiento: 04/08/1997
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 1221974405
Edad: 27 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-05-29 / 09:29:01
Fecha salida: 2025-05-29 / 09:32:18



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO



Isabel Jaraba Sarmiento
Unidad de Salud del Norte
Medicina S.S.T.
Lic. 315

ISABEL JARABA
RM: 26671535
Firma y sello del médico



ALISON MICHELL ESPEJO
GRANADOS
CC: 1221974405
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Turista
AN-88334M
01-2018

Turista
AN-88334M

Este documento es válido en Colombia. Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27, Santa Marta.
Tel: 431 9537 Ext. 109 - 112
vacunacionmagdalena@cruzroja colombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: Alison Michell

Apellidos: espejo granados

Documento de identidad: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ PASAPORTE ☐
No. 1.221.974-405

Fecha de Nacimiento: Día 04 Mes 08 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis B + A	1	19-07-16	AN-88334M	Paola Polo
	2	01-09-16	AN-88334M	Paola Polo
	3	05-02-19	AN-88334M	Paola Polo
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Influenza	Anual	16-07-2020		Bekeys Moreno
DP+ Acelular	única	01-08-19		Bekeys Moreno

Este Carné es válido en Colombia. Será exigido para entrar a zonas de riesgo.



Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 No. 25 - 27 Santa Marta
Tel.: 431 95 37 Ext. 109 - 112 - 311 512 0581
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org



Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Nombres: ALLISON MITCHELL

Apellidos: ESPEJO GRANADOS

Documento de identidad: CC ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ PASAPORTE ☐
No. 1223974405

Fecha de Nacimiento: Día 04 Mes 08 Año 1995

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis B	1	4/9/13		<i>Alfonso Granados</i>
Papavax 3	1	02-02-14	XB539	<i>Alfonso Granados</i>
				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Olivero

Apellidos:

Espejo González

Documento
de identidad:

C.C. 41

Pasaporte

No.

12219712

Fecha de
nacimiento:

Día 04

Mes 08

Año

1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánica - Difteria (Td)	1	28-07-12		Sandra Helena Valencia C. Aux. de Enfermería Res. No. 47-1738
	2	28-07-12		
	3			
	4			
	5			
Tda ⁹ acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Olivero

Apellidos:

Espejo González

Documento
de identidad:

C.C. 41

Pasaporte

No.

12219712

Fecha de
nacimiento:

Día 04

Mes 08

Año

1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánica - Difteria (Td)	1	28-07-12		Sandra Helena Valencia C. Aux. de Enfermería Res. No. 47-1738
	2	28-07-12		
	3			
	4			
	5			
Tda ⁹ acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Este Carné es válido en Colombia. Será exigido para entrar a zonas de riesgo.



Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 No. 25 - 27 Santa Marta
Tel.: 431 95 37 Ext. 109 - 112 - 311 512 0581
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org



Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Nombres: allison mitchell

Apellidos: espejo GARCAS

Documento de identidad: CC ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ PASAPORTE ☐
No. 1223974405

Fecha de Nacimiento: Día 04 Mes 08 Año 1995

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Virus Papioma Humano	1			
	2			
	3			

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis B	1	4/9/13		<i>Alfonso GARCAS</i>
Papavax 3	1	02/02/14	XB539	<i>Alfonso GARCAS</i>
				

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 7293b88b-03f1-4392-995a-86c429696ad5

Nombres y apellidos / Full name

ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 2 2 1 9 7 4 4 0 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

04/08/1997

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

0000

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Dia	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	19	1	2017		UFX 16002	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	
Varicela Particular	Primera	21	1	2017		A70FC92717	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	
Triple Viral Particular	Primera	21	1	2017		015M4056	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	
Varicela Particular	Refuerzo	20	2	2017		A70FC927A	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	20	2	2017		C4986ab	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	
Neumococo Conjugado 13valente Particular	Primera	2	2	2019		X52539	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	yenifer maria gonzalez lopez
Fiebre Amarilla	Única	5	2	2019		N3N991V	STA MARTA CENTRO DE SALUD BAST	Jorge Eliecer Diaz Barliz
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	5	2	2019		AHABB385AY	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	yenifer maria gonzalez lopez
TD Adulto	Primera	4	7	2019		221501517B	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	mirlandys quintero moreno
TD Adulto Particular	Tercera	26	2	2021		220801818E	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	BELKYS MORENO PERDOMO
COVID JANSSEN	Única	28	7	2021	Janssen	213A21A	MAICAO IPSI AYULEEPALA WAYUU	ROSA MARIA MEJIA CARREÑO
TD Adulto	Segunda	28	7	2022	Serum	2331L019C	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA MARTA	BLEIDY OROZCO RUGELES
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	9	6	2023		2CA04CA	STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD	BELKYS JOANNA MORENO PERDOMO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	5	8	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	ALGARROBO E.S.E. HOSPITAL LOCAL	DOMITILA ISABEL DOMINGUEZ DOMINGUEZ - CC57446924 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the **Wide Program of Immunization - PAI** (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2026-02-12 15:28**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALISON	MICHELL	ESPEJO	GRANADOS

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1221974405

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio SANTA MARTA	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio SANTA MARTA	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio CIÉNAGA
Dirección	["Calle 5 20 - 55"]	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA	

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$0,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos:
Sí ☐
No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí ☐ No ☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

- Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
 - > Establecimientos que posee.
 - > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
 - > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



189230671

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidado		4. Contribución solidaria Si No	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente ☒ C. Pensionado				7. Código (a registrar por la EPS)	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Espejo Granados Alison Michell				
9. Tipo de documento de identidad CEO	10. Número del documento de identidad 1221974405	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino	12. Sexo identificación F ☒ M T NB Otro	13. Nacionalidad Col
14. Lugar de nacimiento SMR	País Col	Departamento Mag	Municipio DMP	15. Fecha de nacimiento 24/03/1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales		16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN Si No		20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones Porvenir				24. Ingreso base de cotización - IBC \$1750905				25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia Dirección X Villa Toledo Manra I casa 2												Teléfono Fijo			
Teléfono Celular X 300 443 6582				Correo Electrónico X Alison.espejo97@gmail.com											
Departamento X Magdalena				Municipio / Distrito X Santa Marta				Localidad / Comuna				Zona Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado ☒ Resto Rural			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN Si No	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente Si No
B1				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	zona Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

A. AFILIACIÓN

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.221.974.405**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Febrero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1221974405 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 04/02/2026 08:59 AM



Código Verificación: **FTQX4EJ5CR**

Válida hasta: **05/05/2026**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

 HSC HOSPITAL SAN CRISTÓBAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO:HSC-TH-FOR-06
		VERSION: 001
		FECHA DE ULTIM REVISION:

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PERSONA NATURAL

Nombres y Apellidos ALISON MICHEL ESPEJO GRANADOS												Sexo M ☒ F ☐	
Tipo de Documento C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ PP ☐				Número 1221974405				Expedida en CIENAGA		Fecha de Expedición 09-09-2015			
Estado Civil (Seleccione) Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐				Nivel educativo Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Universidad ☒				No. Personas a cargo 0		Tipo de Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familia ☒		Zona Ubicación Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento 4 / 8 / 1997		Lugar de Nacimiento SANTA MARTA		Dirección Domicilio MZ I CS 2 VILLA TOLEDO				Municipio / Ciudad SANTA MARTA		Departamento MAGDALENA			
Correo Electrónico alison.espejo97@gmail.com								No. Celular 3004436582		Telefono 			
Ocupación (Seleccione) Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☒ Hogar ☐ Jubilado ☐								Actividad Principal CIU 					
Descripción del CIU 													

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio HOSPITAL SAN CRISTOBAL		Tipo de Empresa o Negocio Publica ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual? ☐				Cargo ENFERMERA	
Dirección de empresa o negocio 		Ciudad CIENAGA		Barrio MAGDALENA		No. Teléfono 	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐ NO ☒	

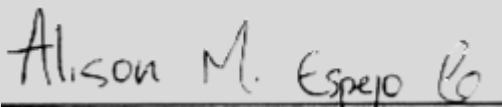
3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 0		Total Egresos mensuales 0	
Otros Ingresos Mensuales 0		Otros Egresos Mensuales 0	
Total Activos: 0		Total Pasivos 0	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada Mes Año		ES declarante? SI ☐ NO ☐	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?			
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: SERVICIOS PROFESIONALES			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a la E.S.E. Hospital San Cristóbal a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital San Cristóbal, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

			
5. FIRMA Y HUELLA			

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Certificación Bancaria

Martes, 03 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ALISON MICHELL ESPEJO GRANADOS identificado(a) con CC 1221974405, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91244657287	2022-11-14	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co