Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	1221974405	CIENAGA MAGDALENA	2024/08/07	09/03/2026, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ESPEJO	GRANADOS	ALISON	MICHELL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	O+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2024/08/07	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
VILLA TOLEDO MANZANA I CASA	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
4361366	3004436582	alison.espejo97@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA, MAGDALENA, COLOMBIA	NORMAL SUPERIOR SAN PEDRO ALEJANDRINO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA, MAGDALENA, COLOMBIA	INSTITUTO TAYRONA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitar	ENFERMERA SUPERIOR	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2021

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
BOGOTA	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	ESPECIALISTA EN EDUCACION PA

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

CLINICA PERFECT BODY . SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ORGANIZAR TURNOS Y HORARIOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA.

SUPERVISAR EL TRABAJO DE ENFERMERAS, AUXILIARES Y PRACTICANTES.

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
1221974405	ENFERMERA	2024/06/30	2025/06/30

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
YOMAR ESPEJO	3107284800	Padre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
ANGELA ESPEJO	3503989756	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
@ALISONESPEJO	ALISON MICHEOLL ESPE	ALISON ESPEJO	

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	Positiva

☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2026.