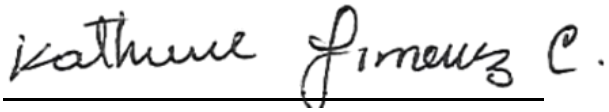
| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>**CONSULTA EN BASES DE DATOS** | CODIGO:<br>VERSION:<br>FECHA DE ULTIMA REVISION:<br>PAGINA 1 de 1 |

El (la) suscrito(a) **KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO** identificada con C.C./C.E./P.P No.**57.299.357** expedida en **SANTA MARTA**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 30 del mes de octubre de 2025.



Firma _____

Nombre **KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO**

Cédula 57299357