

El(la) _____ suscrito(a) _____ JUAN FELIPE SEPULVEDA
MANJARRES _____ identificado con
C.C./C.E./P.P No. _____ 1.235.539.263 _____ expedida en _____ Santa Marta
- Magdalena _____, 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 8 del mes de SEPTIEMBRE de 2026.

Firma _____ JUAN SEPULVEDA _____
Nombre _____ JUAN FELIPE SEPULVEDA
MANJARRES _____
Cédula _____ 1235539263 _____