



## AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CLOSTER PHARMA S.A.S

### BIENVENIDO/A:

Yo, camila ,identificado con cedula de ciudadanía N°, 1074418244 ,de Bogota por medio del presente documento, doy mi autorización a ustedes Closter Pharma S.A.S, para que los datos registrados en mi hoja de vida sean utilizados.

Todo esto para dar cumplimiento a lo citado en la Ley 1581 de 2012 (Ley de Protección de Datos Personales), siendo consciente de que mis datos serán conservados dentro de sus bases de datos y su uso será única y exclusivamente para procesos de selección.

### Datos Adicionales:

CELULAR: 3133513353

E-MAIL: analistagh@closterpharma.com

FIRMADO EL DÍA: 2023-10-24 14:35:12

A handwritten signature in black ink, appearing to read "G=RA", is positioned above the signature line.

FIRMA \_\_\_\_\_.