

# Declaración de Responsabilidad de Uso del Perfil

En mi calidad de empleado y/o contratista de Liberty Seguros S.A. o Entidad Filial, declaro libremente que conozco y entiendo la responsabilidad que me impone haber recibido el derecho al uso del usuario y contraseña de acceso, al (los) equipo(s) y/o sistemas de Liberty Seguros o entidad filial, facultad que me fue conferida única y exclusivamente para el cumplimiento de las funciones asignadas a mi cargo. Me obligo a utilizar este derecho solamente mientras esta autorización esté vigente y siempre en un todo de acuerdo con las reglas y normas de Liberty Seguros S.A. o entidad filial. Comprendo y acepto el carácter de personal y secreto / intransferible que es propio del citado derecho y me comprometo a no divulgar mi contraseña verbalmente o por escrito a persona alguna. Me comprometo a utilizarlo de la manera más adecuada para impedir su conocimiento, así como a no trabajar en ninguna circunstancia con un perfil de usuario y por consiguiente contraseña de otro usuario. Estoy enterado que no debo utilizar el derecho que me fue concedido, en algo que no entienda o con lo que no esté de acuerdo, o en algo que sea irregular o no autorizado.

Me comprometo a no entregar dicho derecho a otra persona o permitir su uso, ni a facilitar su conocimiento en forma directa o indirecta. Garantizo que por ningún motivo permitiré a ningún funcionario de Liberty Seguros o entidad filial, sea cual fuere su jerarquía, me persuada para emplear mi derecho en algo contra mi voluntad o en oposición con lo procedente, me comprometo a solicitar su retiro en caso de no necesitarlo, no haberlo solicitado o cuando cese mi relación contractual con Liberty Seguros. Acepto que la presente declaración forma parte integral del contrato de trabajo y/o contractual y que el no-cumplimiento de lo aquí consignado se considerará **FALTA GRAVE**. Acepto que esta declaración es soporte para cualquier acceso otorgado a los sistemas de la compañía actual y para modificaciones o novedades futuras. Manifiesto haber leído y entendido esta declaración para lo cual firma, acepta y declara:

Firma:

Alisson Mayerli Armijos Elizalde

Nombre:

09/10/2024

Fecha:

1751066364

Nro. Identificación:

Sucursal a la que pertenece:

Khronos Cloud - Ecuador