

CERTIFICACIÓN DE POLÍTICAS DE CONDUCTA

Nombre del Colaborador/Becado o Practicante: _____
Gerente al que reporta: _____

Certifico que he leído y revisado en el año 2022 los siguientes documentos y que comprendo el contenido y me comprometo a su cumplimiento. Todos los documentos mencionados son públicos a los colaboradores en el Sistema Documental de GBM:

| Documento | Link Sistema Documental |
|---|---|
| <i>Código de Ética</i> | https://qdoc.gbm.net/ControlDocumental/Documento.aspx?Id=2963 |
| <i>Política de Conducta Comercial (contenida en "Conozca GBM")</i> | https://qdoc.gbm.net/ControlDocumental/Documento.aspx?Id=3021 |
| <i>Política de Horarios, Vacaciones y Ausentismo (contenida en "Conozca GBM")</i> | https://qdoc.gbm.net/ControlDocumental/Documento.aspx?Id=3021 |
| <i>Lineamientos Generales de Seguridad de la Información y el uso de sistemas e infraestructura de TI</i> | https://qdoc.gbm.net/ControlDocumental/Documento.aspx?Id=3308 |
| <i>Política de Home Office y Horarios Flexibles</i> | https://qdoc.gbm.net/ControlDocumental/Documento.aspx?Id=3360 |
| <i>Política Seguridad de la Información</i> | https://qdoc.gbm.net/ControlDocumental/Documento.aspx?Id=2611 |

Expreso conocimiento que:

1. Este documento debe firmarse anualmente.
2. Cualquier violación de los lineamientos establecidos en dicha norma puede constituir causa de despido.
3. Aclararé cualquier duda que pueda tener acerca de las mismas con mi Gerente o con el Asesor Legal de GBM.

Cumpliendo con las políticas laborales de cada uno de los territorios de GBM, nuestros trabajadores se encuentran debidamente amparados bajo una póliza de riesgos de trabajo de la entidad local autorizada.

Dicha póliza cubre a los trabajadores que sufren un riesgo de trabajo brindándoles la asistencia médica y de rehabilitación necesaria, durante su jornada laboral activa, incluyendo aquellos días en los que el trabajador tenga movilidad laboral, siempre y cuando en caso de accidente éstos estén totalmente relacionados con el desarrollo de su responsabilidad y equipo asignado durante la ejecución de las labores del trabajador en su jornada laboral.

De igual manera, le recordamos que, para poder hacer uso de dicha póliza, está sujeto a cumplir con el procedimiento establecido por el ente regulador de acuerdo con los términos y condiciones aplicables a dicha póliza

Firma Colaborador/Becado/Practicante

Fecha