**DECLARACION DE DEPENDIENTE ECONÓMICO**

La Superintendencia de Sociedades, (en adelante, la “Superintendencia” o la “Entidad”), informa que este formato está sujeto a la política de protección de datos de la Entidad y en especial a los postulados determinados en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y demás normas concordantes. La Entidad es el responsable del tratamiento de sus datos personales, por lo que se le informa que tales datos serán utilizados para los fines que se mencionan a continuación:

* Se realizará para la verificación de datos en el marco de los procedimientos para el trámite, reconocimiento y pago de los servicios y/o beneficios sociales establecidos en el Acuerdo 040 de 1991 expedido por la extinta Corporación de Empleados de la Superintendencia de Sociedades “Corporanónimas” y en particular conforme a lo establecido en el “*PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LA PRIMA POR DEPENDIENTES”*, Código GTH-PR-036, que se encuentre vigente.

La Superintendencia le informa que los datos que usted suministre en virtud de las actuaciones que realice en la Entidad, serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a ellos.

El titular de los datos personales tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales y en los casos en que sea procedente a suprimirlos o revocar la autorización otorgada para su tratamiento. En caso de que la información sea del menor de edad como titular de los datos; el representante legal, declara que ha consultado al menor de edad para que dicho tratamiento este en el marco del respeto hacia sus derechos superiores; entendiendo los derechos que le asisten como titular de la información, para consultar, rectificar o actualizar la información entregada en la presente solicitud.

Las consultas, reclamos o peticiones de información relacionada con la protección de datos personales se realizarán de conformidad a lo establecido en la política y procedimientos de tratamiento de datos publicado en la página web de la Superintendencia de Sociedades <http://www.supersociedades.gov.co>.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado(a) con documento de identidad CC CE número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA  y cualquier omisión o responsabilidad derivada de la misma es única y exclusivamente de quien lo suscribe, así mismo entiendo y aceptó totalmente su contenido y asumo los riesgos y sanciones que se deriven  ***ADMINISTRATIVA, CIVIL y PENALMENTE*** respecto de su uso y tratamiento por inexactitud, falsedad e inducción a error, a la Superintendencia de Sociedades para el reconocimiento y pago de la ***PRIMA POR DEPENDIENTES*** por la precitada información, igualmente, me comprometo a notificar cualquier cambio que afecte dicho reconocimiento por perdida de las calidades, requisitos y/o condiciones del precitado beneficiario.

* Que declaro que el beneficiario adscrito al reconocimiento y pago de la ***PRIMA POR DEPENDIENTES*** relacionado a continuación depende económicamente de mí y su actualmente nombre es:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad CC CE TI NUIP número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Que nuestro parentesco es cónyuge compañero permanente hijo
* Que presenta discapacidad permanente si no
* Que bajo la gravedad de juramento informo que me encuentro en la siguiente situación (marcar con una “X”):

Mi dependiente adscrito al beneficio de reconocimiento y pago de la ***PRIMA POR DEPENDIENTES***, está afiliado como ***BENEFICIARIO A LA EPS*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y no tiene ningún vínculo laboral vigente, tampoco se encuentra gozando de pensión alguna de entidad pública o privada, ni es rentista de capital, lo cual se podrá certificar en las bases datos del *Registro Único de Afiliado – RUAF y/o en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES* cuando la Superintendencia de Sociedades lo requiera.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado(a) con documento de identidad CC CE número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de representante legal de mi hijo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de identidad TI RC número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo la gravedad de juramento que he consultado al menor de edad para que el tratamiento de sus datos se encuentre en el marco del respeto hacia sus derechos superiores. En ese sentido, conozco los derechos que le asisten como titular de la información, para consultar, rectificar o actualizar la información entregada en la presente solicitud.

Si su dependiente es hijo con edad ***ENTRE 12 Y 22 AÑOS 11 MESES Y 29 DIAS*** y no presenta discapacidad alguna diligencie:

**ENTIDAD EDUCATIVA EN LA QUE ESTUDIA ACTUALMENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROGRAMA QUE CURSA (PRIMARIA, SECUNDARIA, TECNOLOGIA, TENICO Y/O PROFESIONAL) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**JORNADA ACADEMICA Y HORAS SEMANALES DE ESTUDIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CALENDARIO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_ B***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Si la Entidad lo requiere, allegaré el certificado correspondiente en el momento que me sea solicitado.*

Firma:­­ ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de identificación: ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bogotá D.C, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ (Campo para diligenciar la fecha, registrar en formato: Día, mes y año)

**Control de cambios del formato**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versión** | **Fecha de actualización** | **Identificación de los cambios** | **Responsable** |
| 001 | 21-10-2020 | Creación del formato. | Coordinador Grupo Administración de Personal |
| 002 | 26-07-2024 | Se actualiza el documento con la inclusión de la política de tratamiento de datos personales y la ampliación del texto de las declaraciones bajo juramento para la adscripción de beneficiarios de la prima por dependiente y otros aspectos de forma. Inclusión de cuadro de control de cambios. | Coordinador Grupo Administración del Talento Humano |