

FORMATO PARA RECLAMACIÓN DE DATOS PERSONALES

Datos Básicos del Titular de la Información				
Nombre o Razón social:				
N° Identificación:				
Representante Legal:	Nombre completo:			
	N° Identificación:			
Dirección de Correspondencia:				
Teléfonos:				
Correo Electrónico:				
Clasificación Relación:	() Accionista	() Proveedor	() Empleado	() Cliente/Otro

DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS A CEDIMED S.A.S. QUE SON MATERIA DEL RECLAMO:

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS QUE DAN LUGAR AL RECLAMO:

DESEA ADJUNTAR ALGÚN DOCUMENTO QUE DEMUESTRE LOS ANTERIORES HECHOS: SÍ _____ NO _____

TIPO DE OPERACIÓN QUE DESEA REALIZAR CON RELACIÓN A SUS DATOS PERSONALES:

ACTUALIZACIÓN _____ CORRECCIÓN _____ SUPRESIÓN _____

FIRMA _____

* Nota: El presente formato para su validez y atención, debe ser firmado y presentado de forma original en nuestra sede ubicada en la calle 7 No. 39-290 piso 3, Medellín; como Responsable de los datos personales daremos el trámite correspondiente al reclamo dentro de los términos definidos por la ley contados a partir del día siguiente a la fecha de su recibo. Todos los campos deben ser diligenciados. SI EL RECLAMO RESULTA INCOMPLETO, CEDIMED S.A.S. requerirá al interesado dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción del presente formato para que subsane las fallas.

Transcurridos dos (2) meses desde la fecha del requerimiento sin que el solicitante presente la información requerida, se entenderá que ha desistido del reclamo.