



FORMATO DE RECLAMACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

FECHA DE RADICACIÓN: _____

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ____ C.E. ____ PASAPORTE ____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

NÚMERO DE MATRÍCULA MERCANTIL (SI APLICA): _____

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: _____

DATOS PERSONALES SUMINISTRADOS A LA CCT, 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 cualquiera de las sedes de la CCT, quien como responsable de los datos personales dará 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, LA CCT REQUERIRÁ AL INTERESADO DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN 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.