



**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS
PERSONALES**

OM-FAF-028
Versión: 01
Vigente a partir de: 27/12/2016
Página 1 de 1
Copia: Controlada

Fecha de Solicitud:

Tipo de solicitud que desea realizar con relación a sus datos personales:

Actualización

Corrección

Supresión

Nombres

Apellidos

Tipo de Identificación:

C.C

C.E

P.A

R.C

T.I

Número de Identificación:

Dirección Postal

Dirección Electrónica

Datos Personales Suministrados a Offimedicas S.A. que son materia de Reclamo:

Descripción de los hechos por los cuales surge el reclamo:

¿Desea adjuntar algún documento adicional que demuestre los anteriores hechos?

Si

No

Teléfono de Contacto

Firma: _____

**NOTA: El presente formato para su validez y atención, debe ser firmado y presentado de forma original en la Sede Administrativa de OFFIMEDICAS S.A., 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 de este formato deben ser diligenciados. Si el reclamo resulta incompleto, OFFIMEDICAS S.A., establecerá comunicación con el interesado y solicitará la información faltante, dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción del reclamo. Transcurrido un (1) mes desde la fecha del requerimiento sin que el solicitante presente la información requerida, se entenderá que ha desistido del reclamo.*