

FORMULARIO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS DE LOS TITULARES DE DATOS PERSONALES

SISTEMA DE GESTIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Documento: Formulario para el Ejercicio de Derechos de los Titulares

Código: FOR-SGPDP-001

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: ____ / ____ / ____

Página: ____ de ____

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y apellidos completos

Número de identificación

Tipo de documento

☐ Cédula

☐ Pasaporte

☐ Otro: _____

Dirección domiciliaria

Correo electrónico

Número telefónico

2. CALIDAD EN LA QUE ACTÚA

- ☐ Titular de los datos personales
 - ☐ Representante legal
 - ☐ Apoderado
 - ☐ Padre, madre o representante de menor de edad
 - ☐ Otro (especifique)
-

En caso de actuar en representación de otra persona, adjuntar la documentación que acredite dicha representación.

3. IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LOS DATOS

(Completar únicamente cuando el solicitante actúe en representación de un tercero.)

Nombres y apellidos

Número de identificación

4. DERECHO QUE DESEA EJERCER

Marque únicamente la opción correspondiente.

- ☐ Acceso
- ☐ Rectificación y actualización
- ☐ Eliminación
- ☐ Oposición
- ☐ Suspensión del tratamiento

☐ Portabilidad

☐ No ser objeto de decisiones basadas únicamente en valoraciones automatizadas

☐ Revocatoria del consentimiento

☐ Otro derecho reconocido por la normativa

¿Cuál?

5. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

Explique claramente su solicitud.

6. INFORMACIÓN QUE FACILITA LA IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Si conoce esta información, complétela.

Cliente

☐ Sí

☐ No

Empleado

☐ Sí

☐ No

Proveedor

☐ Sí

☐ No

Postulante

☐ Sí

☐ No

Visitante

☐ Sí

☐ No

Otro

Área donde considera que se encuentran sus datos

Fecha aproximada en que entregó la información

7. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA

☐ Copia de documento de identidad

☐ Poder

☐ Nombramiento

☐ Documentación de respaldo

☐ Otros

8. MEDIO PARA RECIBIR LA RESPUESTA

☐ Correo electrónico

☐ Retiro personal

☐ Correspondencia física

☐ Otro

Dirección o correo para notificaciones

9. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Declaro que la información proporcionada en el presente formulario es verdadera y que la solicitud presentada corresponde al ejercicio de mis derechos respecto del tratamiento de mis datos personales.

Asimismo, conozco que OMNISEP CÍA. LTDA. podrá solicitar información adicional cuando resulte necesaria para verificar mi identidad o representación y tramitar adecuadamente la presente solicitud.

10. FIRMA DEL SOLICITANTE

Nombre:

Firma:

Fecha:

____ / ____ / ____

USO EXCLUSIVO DE OMNISEP CÍA. LTDA.

Número de solicitud

Fecha de recepción

____ / ____ / ____

Hora

Recibido por

Cargo

Identidad verificada

☐ Sí

☐ No

Documentación completa

☐ Sí

☐ No

Derecho solicitado

Responsable asignado

Fecha máxima de respuesta

___ / ___ / ____

Observaciones

CONTROL DOCUMENTAL

Código	Versión	Fecha	Aprobado por
FOR-SGPDP-001	1.0		Gerencia General