

Reclamaciones para tratamiento de datos personales

Fecha radicación	
Nombre completo del titular de los datos del solicitante	
Tipo y No de identificación	
Dirección	
Teléfono	
Correo Electrónico	
Datos suministrados a IPS Segursalud Ltda., que son materia del reclamo	
Descripción de los hechos que dan lugar al reclamo	
Desea adjuntar alguna evidencia de los hechos: SI ___ 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 las oficinas de IPS Segursalud Ltda., o través de medio electrónico ipssegursalud@gmail.com, 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, IPS SEGURSALUD LTDA REQUERIRÁ AL INTERESADO DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN PARA QUE SUBSANE LAS FALLAS. TRANSCURRIDOS QUINCE (15) DÍAS DESDE LA FECHA DEL REQUERIMIENTO SIN QUE EL SOLICITANTE PRESENTE LA INFORMACIÓN REQUERIDA, SE ENTENDERÁ QUE HA DESISTIDO DEL RECLAMO.