

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.**

Nombre/Razón social: FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO VALLE

C.C./NIT: 800090782

Dirección de la oficina ante la que se ejercita el derecho: CL 6 6 63, CALI, VALLE DEL CAUCA.

**DATOS DEL TITULAR O DE SU REPRESENTANTE.**

Con fundamento en el artículo 14 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos.

, mayor de edad, identificado con C.C. No.

de la que presenta copia adjunta, con domicilio en

, por medio del presente escrito ejerce el derecho de supresión de acuerdo con

el artículo 15 de la mencionada Ley, y en consecuencia

**SOLICITA**

Que se lleve a cabo la supresión de los siguientes datos personales que han sido sujetos a tratamiento

y que se realice dentro del plazo indicado en la normativa sobre protección de datos.

En caso de no proceder a realizar dicha supresión dentro del plazo establecido por la norma, o éste se realice parcialmente, se me comunique de forma motivada las razones, según corresponda, como requisito de procedibilidad para elevar queja ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

Si los datos suprimidos hubieran sido previamente comunicados a terceros, se notifique a éstos la supresión practicada, con objeto de que sean debidamente suprimidos, de acuerdo con el principio de calidad de los datos contenido en la referida Ley.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.

C.C No.