



Versión	Fecha	Página N°
01	17/04/2023	1 de 1

**FORMATO DE ACCESO O CONSULTA  
SISTEMA DE GESTIÓN DE PROTECCION DE DATOS PERSONAL**

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**

**Razón social:** Cooperativa Riachón  
**NIT:** 890910087-4  
**Dirección:** carrera 21 nro. 20 34 Amalfi, Antioquia.

**DATOS DEL TITULAR O 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 presento copia adjunta, por medio del presente escrito ejerzo el derecho de consulta, y en consecuencia:

Solicito que se garantice gratuitamente el derecho de consulta de mis datos personales contenidos en las bases de datos de la COOPERATIVA RIACHÓN, dentro del plazo máximo indicado en la referida normativa sobre protección de datos.

Que dicha información comprenda, de forma legible e inteligible, los datos que sobre mi persona están contenidos en sus bases de datos, los resultantes de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los mismos, los cesionarios y la explicación de los usos y finalidades para los que se almacenaron.

La presente se suscribe en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

Dirección Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_