



FORMULARIO FRM-DER-006

SOLICITUD DE DERECHO A LA SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO (Art. 19 LOPDP)

Canal: Correo Presencial

1. Datos del Solicitante

Nombres y Apellidos:	
Número de Cédula/Pasaporte:	
Correo Electrónico:	
Teléfono:	
Relación con COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ROSA LTDA.	

2. Representante Legal (si aplica)

Nombres y Apellidos:	
Número de Cédula:	
Poder/Autorización N°:	

3. Datos Solicitados

- Impugno la exactitud de mis datos personales.
 Solo las siguientes categorías (especificar): _____

4. Formato de Entrega Solicitado

- CSV (valores separados por comas)
 JSON (formato estructurado)
 Otro formato (especificar): _____

5. Destino de los Datos

- Entrega directa al titular
 Transmisión a otro responsable (indicar datos): _____

6. Documentos Adjuntos

- Copia de documento de identidad
 Poder o autorización del representante (si aplica)
 Copia de documento de identidad del representante (si aplica)

De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDP), COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ROSA LTDA., atenderá su solicitud en un plazo máximo de 15 días término. Se le notificará la resolución por el medio que usted indique. Si no está conforme con la respuesta, podrá presentar reclamación ante la Superintendencia de Protección de Datos Personales.

Los datos personales proporcionados en el presente formulario serán tratados con la finalidad de gestionar y dar respuesta a la solicitud de ejercicio de derecho, así como para mantener un registro de atención conforme a las obligaciones legales y regulatorias aplicables, incluyendo fines de control interno y eventuales procesos de supervisión por parte de autoridades competentes.

_____ Firma del Titular/Solicitante Cédula: _____	_____ Recibido por (DPD/Secretaría) Fecha: _____
---	--