

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO QUINDÍO

CREDENCIAL NÚMERO: \_\_\_\_\_

Señor (a) afiliado(a):

Para conferir poder a otro afiliado, este documento debe ser registrado personalmente ante la Secretaría General de la Caja, ubicada en el área de Subsidio Familiar y Aportes (calle 16 # 15-22, tercer piso torre A); de lo contrario, deberá estar autenticado por autoridad competente; los poderes se recibirán hasta las 4:00 p. m. del día **veintitrés (23) de abril de 2024**.

**JOSÉ FERNANDO MONTES SALAZAR**

Director Administrativo

Fecha: \_\_\_\_\_ de 2024

Señores:

**Caja de Compensación Familiar de Fenalco  
COMFENALCO QUINDÍO**

Armenia

Asunto: Poder especial para Asamblea General Ordinaria de Afiliados a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Quindío 2024. CREDENCIAL NÚMERO \_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, actuando como representante legal de la empresa \_\_\_\_\_, por medio del presente memorial confiero poder especial, amplio y suficiente a \_\_\_\_\_, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, afiliado(a) a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Quindío por la empresa \_\_\_\_\_, para que me represente en la **ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE AFILIADOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO QUINDÍO**, que se llevará a cabo de manera presencial el día **miércoles veinticuatro (24) de abril de 2024**, a partir de las **5:00 p. m.**

Para constancia se firma el presente poder a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año **dos mil veinticuatro (2024)**.

\_\_\_\_\_  
**Representante legal**

Poderdante

\_\_\_\_\_  
**Apoderado**

C. C.

**Acepto**