Bogotá, D.C. _____

Señores
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"
Calle 53 No. 10-39
Ciudad

FORMULARIO DE PODER

Para ser diligenciado en el caso de que la asistencia sea mediante apoderado

Yo, _____con C.C. _____ en mi carácter de afiliado o Representante Legal de la Empresa _____ con NIT_____ manifiesto que CONFIERO PODER ESPECIAL A: _____ _____con CC _____ para que me represente en la **XLVII ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE AFILIADOS** a celebrarse el jueves 30 de marzo de 2023 a las 7:30 a.m, en la Calle 53 No. 10-39 de esta ciudad, Auditorio de COMFACUNDI. Mi Representante queda facultado para ejercer los derechos de afiliado hábil.

Atentamente,

_____ _____
Firma del Representante Legal Acepto, firma del Apoderado

IMPORTANTE: Este documento deberá entregarse en la Secretaría de la Dirección Calle 53 No. 10-39, **a partir de la fecha y hasta 24 horas antes del día de la Asamblea,** diligenciado en la siguiente forma:

Debido a que la asistencia se efectúa mediante apoderado, este formato poder deberá presentarse personalmente por el afiliado ante la Secretaría de la Caja, si es persona natural, o por el representante legal si es persona jurídica, o enviarlo a la Corporación **debidamente autenticado mediante autoridad competente** En todo caso, el formulario de inscripción debe ser radicado en la Secretaría de la Corporación para su registro, dentro de las fechas y horas señaladas.

NOTA: SOLAMENTE PODRÁ INGRESAR AL RECINTO DONDE SESIONARÁ LA ASAMBLEA, LA PERSONA QUE SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE ACREDITADA.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACUNDI

Presentado por _____ con CC_____ de _____ en constancia se firma

hoy_____ Bogotá, D.C.

_____
SECRETARIA DE DIRECCIÓN