

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
República de Colombia
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAQUETÁ COMFACA
CONVOCATORIA
ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE AFILIADOS
06 DE DICIEMBRE DE 2017 A LAS 5:00 PM

Florencia,

Doctor
CESAR AUGUSTO CABRERA SILVA
Director administrativo
Caja de Compensación Familiar del Caquetá COMFACA
Florencia

SUJETO A VERIFICACION

Yo _____, Colombiano, mayor de edad y vecino de _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, por este instrumento y en mi calidad de _____ de la empresa _____
Con Rut: _____, confiero poder especial con facultades amplias al señor: _____ representante legal de la empresa _____,
Con Rut. _____ Quien se identifica con la cédula de ciudadanía número _____, expedida en _____, para que me represente en la Asamblea General Extraordinaria de Afiliados de la Caja de Compensación Familiar del Caquetá COMFACA, que se efectuará el día 06 de diciembre de 2017, a las 5:00 PM. En el auditorio del tercer piso del Centro Múltiple de Servicios COMFACA, ubicado, en la transversal 6 con calle 12 esquina, avenida Bruno del Piero.

OTRAS FACULTADES

Firma y sello poderdante:

Firma y sello apoderado:

Acepto

Acepto

Presento personalmente hoy _____ a las _____ el señor _____, identificado con cédula ciudadanía no. _____, expedida en _____.

Espacio para verificación.

APORTES: _____

CARTERA: _____

Vo.Bo: Revisor Fiscal _____

APROBADO _____

RECHAZADO _____

✂ -----

GESTION DOCUMENTAL

Recibí del señor (a) _____ Apoderado ----- Poderdante ----- Otro-----
Empresa _____ con Rut-----

Un poder autenticado-----presentado personalmente-----para Asamblea.

Este desprendible es indispensable para solicitar información relacionada con este poder.