Quibdó, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2025

Señores

**Caja de Compensación Familiar del Chocó** “COMFACHOCO”

Quibdó.

**Ref**. Poder

Yo, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de Representante Legal de la Empresa **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, otorgo poder a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que me represente en la Asamblea Ordinaria de Afiliados, de la Caja de Compensación Familiar del Chocó “COMFACHOCO”, acto que se realizará el día **10** de abril de **2025** a las **4:00 p.m.** en el **Auditorio José Domingo Correa,** ubicado en el Centro Recreacional y Vacacional Comfachoco, calle 24 # 25 -171 Barrio el Jardín sector zona minera, Quibdó - Chocó.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Representante Legal Firma del Apoderado**