

FORMATO DEBER DE ASESORÍA RECOMENDACIÓN PROFESIONAL

La solicitud debe ser diligenciada en letra imprenta con tinta negra o máquina,
sin enmendaduras ni tachones.



Oficina: _____

Ciudad: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de identificación T.I. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	No. de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Nombre Completo o Razón Social:		NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	No.
Nombre Representante Legal:			
Tipo de identificación R.L. T.I. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	No. de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición

RECOMENDACIÓN PROFESIONAL

De acuerdo al resultado del perfilamiento del cliente, perfilamiento del producto, encuesta del perfil de riesgo, la categorización del inversionista, la distribución de los productos, y el análisis de conveniencia, Fiducomeva S.A. emite la siguiente recomendación:

Acepto la recomendación profesional dada por Fiducomeva S.A.:

Conteste SÍ o NO (Registre el motivo)

SI ☐ NO ☐

INFORMACIÓN QUE DEBERÁ SER ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE DILIGENCIADA POR EL CLIENTE

- ☐ Acepto renunciar a la recomendación profesional dada por la Fiduciaria (Fiducomeva S.A.), dado que conozco las características y perfil de riesgo de los portafolios en los cuales deseo invertir.
- ☐ Certifico que conozco, acepto y estoy de acuerdo con el prospecto y perfil de riesgo de los productos seleccionados en los cuales quiero invertir mi dinero

ACEPTACIÓN DEL PRODUCTO

1. De acuerdo a las respuestas de las preguntas formuladas en la encuesta de perfil de riesgo, categorización de inversionista, perfil del producto, y la asesoría brindada por Fiducomeva S.A., manifiesto mi conocimiento del perfil del cliente de este producto y el riesgo asignado, motivo por el cual, elijo con plena libertad el(los) siguiente(s) producto de mi interés.

2. Es mi interés vincularme al(los) siguiente(s) Fondo(s) de Inversión Colectiva (FIC) y/o Fondo Voluntario de Pensión:

- | | |
|---|--------------------------|
| FIC Abierto AVANZAR VISTA | <input type="checkbox"/> |
| FIC Abierto con pacto de permanencia AVANZAR 90 DÍAS | <input type="checkbox"/> |
| FIC Abierto con pacto de permanencia AVANZAR 365 DÍAS | <input type="checkbox"/> |
| FIC Abierto AVANZAR Soporte Al Desempleo | <input type="checkbox"/> |
| FVP PLATINO Renta Fija Corto Plazo o de Liquidez | <input type="checkbox"/> |
| FVP PLATINO Renta Fija Mediano Plazo | <input type="checkbox"/> |
| FVP PLATINO Renta Fija Largo Plazo | <input type="checkbox"/> |
| FVP PLATINO Renta Variable | <input type="checkbox"/> |
| FVP PLATINO Activos No Tradicionales o Alternativos | <input type="checkbox"/> |

3. Recibí la debida asesoría profesional (por parte) del comercial _____, quien me informó las condiciones, características, perfil y riesgos del(los) producto(s).

ESPACIO EXCLUSIVO PARA NEGOCIOS FIDUCIARIOS

Seleccione la tipología del Negocio Fiduciario:

Fiducia de Administración y Pagos

☐

Fiducia en Garantía y Fuente de Pago

☐

Fiducia de Inversión

☐

Fiducia Inmobiliaria

☐

Otros

☐ ¿Cual? _____

DECLARACIONES

1. Certifico que conozco, acepto y estoy de acuerdo con el prospecto y perfil de riesgo del(los) producto(s) seleccionado(s) en los cuales quiero invertir mi dinero.

2. Que los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la actividad, negocio, etc.) _____

3. Certifico que en el momento de mi vinculación, Fiduciaria Coomeva S.A. puso a mi disposición y me dio a conocer la información contenida en el prospecto y reglamento del(los) producto(s) de mi elección, a través de la página web <https://www.fiducoomeva.com/>

Se firma en señal de conformidad, entendimiento y aceptación de la información aquí consagrada, en la ciudad de _____ a los _____ (días) del mes _____ del año _____

Nombre del Titular

Número de Identificación

Firma

Huella

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FIDUCOOMEVA

Ejecución de la Actividad de Asesoría

Con mi firma certifico haber realizado la asesoría presencial/telefónica al cliente, mediante la modalidad **No Independiente**

Resultado de la Asesoría _____

Nombre del Funcionario:

Número de Identificación:

Cargo:

Tipo Certificación AMV:

Vigencia:

Firma
