Cuestionario para Distribuidores de la División Diagnóstica

Estimado/a: Le aconsejamos completar el presente formulario en Word. Los campos a completar son editables, y puede agregar renglones presionando "Enter" o bien insertando filas en la tabla. En caso de que una pregunta no sea aplicable o la respuesta sea negativa, déjela en blanco. Una vez completado, el formulario debe imprimirse y lo debe firmar la máxima autoridad de la empresa.

RAZÓN SOCIAL DEL DISTRIBUIDOR	PALACIO LUIS ALBERTO

Información general

1) Informe acerca de la titularidad de la empresa:

1.a) Si se trata de una empresa unipersonal, indique el nombre y CUIT del titular.

NOMBRE	CUIT
PALACIO LUIS ALBERTO	20-10057050-6

1.b) Si se trata de una sociedad, indique quiénes son sus accionistas o titulares de participaciones o cuotas, sean personas físicas o jurídicas e indicando el CUIT en cada caso.

NOMBRE	CUIT

i) Si se trata de una sociedad, informe la nómina vigente de Directorio indicando nombre y CUIT.

NOMBRE	CUIT

2) Adjunte el organigrama de la empresa. En caso de no tenerlo, describa la estructura general de su organización (gerencias, departamento o áreas) y quienes ocupan los puestos de decisión. Si no tiene estructura formal, describa los roles y las personas a cargo.

ÁREA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE TAREAS

Escaneado con CamScanner

Interacción con gobierno

3) Indique si la empresa tiene o tuvo como cliente al Estado (entendido como sector público, ya sea a nivel nacional, provincial o municipal, incluyendo organismos autárquicos, unidades ejecutoras de programas con financiamiento internacional, instituciones asistenciales dependientes de entes públicos no estatales, universidades, obras sociales provinciales, o cualquier otro cliente del sector público).

En caso afirmativo, complete a continuación:

3.a) ¿Qué porcentaje de su venta está destinada al Estado?

30.81 %

3.b) Enumere sus principales clientes del sector público, indicando el área responsable de compra.

JURISDICCIÓN (nacional, provincial, municipal)	MINISTERIO / ORGANISMO	ÁREA RESPONSABLE DE COMPRA
NACIONAL	FUERZA AÉREA ARGENTINA – HOSPITAL AERONAÚTICO	DEPARTAMENTO DE CONTRATACIONES CÓRDOBA –UOC 0040/051
NACIONAL	CONTADURÍA GENERAL DEL EJÉRCITO ARGENTINO	HOSPITAL MILITAR REGIONAL CÓRDOBA UOC 84/37
PROVINCIAL	MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA	ÁREA MARRÓN OFIC. 1
MUNICIPAL	MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA	HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS
MUNICIPAL	MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA	HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA
MUNICIPAL	MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA	HOSPITAL MUNICIPAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS

3.c) Enumere las personas de su organización que interactúan con el sector público en relación directa o indirecta con productos o servicios de Roche, incluyendo empleados que reciben inspecciones de las autoridades. Detalle nombre, CUIT y función.

NOMBRE	CUIT	FUNCIÓN
LUIS PALACIO	20-10057050-6	TITULAR

Escaneado con CamScanner

DAMIÁN CÉSERE	20-32474878-5	DIRECTOR TÉCNICO - COMERCIAL
BELÉN CARRERA	27-32407354-5	ESPECIALISTA BIOQ - VENTAS
PAULO ROMERO	20-33526895-5	VENTAS - CALIDAD
JOAQUÍN RIVERO	20-35967518-7	VENTAS - LEGALES
SANTIAGO RIVERO	20-34988365-2	JEFE DE POSTVENTA
MATÍAS GUIÑAZÚ	20-40247044-6	SERVICIO TÉCNICO
GUIDO LAVENIA	20-34989987-7	SERVICIO TÉCNICO
NICOLÁS LUNA	20-34688106-3	SERVICIO TÉCNICO
DIEGO CUQUEJO	20-23683140-0	SERVICIO TÉCNICO

3.d) Indique si cuenta con representantes, apoderados o gestores que interactúan en su nombre con el sector público en relación directa o indirecta con productos o servicios de Roche. En caso afirmativo detalle nombre, CUIT y función.

NOMBRE	CUIT	FUNCIÓN

4) Respecto de las personas mencionadas en los puntos 1, 2 o 3 c) y d), responda:

4.a)¿son o han sido funcionarios, empleados, o contratados bajo cualquier modalidad, de alguna dependencia u organismo del sector público que tenga injerencia en las actividades del Distribuidor o de Roche? En caso afirmativo detalle a continuación.

NOMBRE	RELACIÓN DE PARENTESCO	DEPENDENCIA DEL SECTOR PÚBLICO	CARGO

4.b)El cónyuge, los familiares o amigos, ¿son o han sido funcionarios, empleados, o contratados bajo cualquier modalidad, de alguna dependencia u organismo del sector público que tenga injerencia en las actividades del Distribuidor o de Roche? En caso afirmativo detalle a continuación.

NOMBRE	RELACIÓN DE PARENTESCO	DEPENDENCIA DEL SECTOR PÚBLICO	CARGO

Escaneado con CamScanner

5) ¿Ha realizado, realiza regularmente o piensa realizar su empresa o alguna de las personas indicadas en los puntos 1, 2, o 3 c) y d) algún tipo de contribución o donación en favor de algún organismo estatal, funcionario público o partidos político? En caso afirmativo detalle a continuación.

FECHA	DETALLE DE LA CONTRIBUCIÓN O DONACIÓN	MOTIVO

Políticas de Integridad

6) ¿Tiene su empresa un programa de integridad, algún tipo de declaración de principios, código de ética o reglas vinculadas a la interacción con el Estado? En caso afirmativo detalle a continuación y adjunte una copia.

INSTRUMENTO	ALCANCE. DESCRIPCIÓN
Política de Integridad de Distribuidora Luis Palacio	Ver punto 4. "Ámbito de aplicación. Sujetos Alcanzados." (Se adjunta documento)

7) ¿Tiene su empresa procedimientos internos o de auditoría que le permitan detectar fraudes, desvíos o incumplimientos a la normativa vinculada con la interacción con el Estado? En caso afirmativo detalle:

PROCEDIMIENTO	ALCANCE. DESCRIPCIÓN
IT Emisión – Recepción de regalos	Este procedimiento tiene como objetivo establecer los lineamientos requeridos para el control de regalos u obsequios recibidos y efectuados. El alcance de este procedimiento es todos los regalos u obsequios recibidos y efectuados. Corresponde al personal de la empresa.

8) ¿Hay alguna persona en la empresa a cargo de realizar controles o auditorías para verificar el cumplimiento de la normativa vinculada con la interacción con el Estado? En caso afirmativo detalle:

NOMBRE	ROL O FUNCIÓN

9) ¿Su empresa tiene algún canal para que los empleados denuncien incumplimientos o conductas inadecuadas? En caso afirmativo describa a continuación:

Escaneado con CamScanner

CANAL	DESCRIPCIÓN
integridad@distribuidorapalacio.com.ar	Sistema que permite reportar situaciones y/o comportamientos que constituyan o pudieran constituir una violación real o potencial a Política de Integridad, reglamentos, procedimientos, instructivos, leyes y demás normativas regulatorias, así como cualquier observación o sugerencia. Se encuentra bajo la supervisión y aplicación del área de RRHH en coordinación con la Gerencia, bajo estricta confidencialidad.
Buzón físico dentro de la empresa	Ídem ut supra

10) ¿Está o estuvo involucrada su empresa, o alguna de las personas indicadas en los puntos 1, 2 o 3 c) y d), en alguna investigación o causa judicial abierta o finalizada por cualquier tipo de delito relacionado con el soborno, corrupción, fraude o blanqueo de capitales? En caso afirmativo proporcione detalles de la misma y status actual a continuación:

FECHA DE INICIO	DESCRIPCIÓN DEL CASO	STATUS ACTUAL

Al completar este cuestionario, el que suscribe declara que:

- *Toda la información que se pondrá a disposición de Roche a través de este cuestionario es correcta, completa y veraz y reconoce que el suministro de información incorrecta o falsa o la omisión de información puede resultar en la terminación de la relación comercial.*

- *Es consciente de que Roche o las empresas designadas por este puedan buscar, en fuentes públicas, toda información pertinente declarada o no en este cuestionario.*

- *Se compromete a informar inmediatamente a Roche sobre cualquier modificación o cambio en la información proporcionada a continuación, durante el período de la relación comercial.*

Firma _____

Aclaración Luis A. PALACIO

DNI 10057050

Carácter TITULAR

Fecha 29/10/20

Escaneado con CamScanner