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	SISTEMAS ANALITICOS S.A

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

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
ROBERTO HUGO BENETTI	20-07613701-4
STELLA MARIS BOEZIO	27-06719422-0

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

NOMBRE	CUIT
ROBERTO HUGO BENETTI	20-07613701-4
STELLA MARIS BOEZIO	27-06719422-0
MARIANA BENETTI	27-26932037-6
ALEJANDRO BENETTI	20-28909793-8
ROBERTO MARTIN BENETTI	20-25568727-2

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

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 %

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
HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC GARRAHAN	MINIST DE SALUD DE LA NACION Y MINIST DE SALUD DE CABA	OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES
HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS	MINISTERIO DE SALUD DE LA PCIA DE SANTA CRUZ	OFICINA DE COMPRAS
HOSPITAL ZONAL CALETA OLIVIA	MINISTERIO DE SALUD DE LA PCIA DE SANTA CRUZ	OFICINA DE COMPRAS
HOSPITAL REGIONAL VICTOR SANGUINETTI	MINISTERIO DE SALUD DE LA PCIA DE CHUBUT	OFICINA DE COMPRAS
MINISTERIO DE SALUD PROV DE LA PAMPA	MINIST SALUD DE LA PCIA DE LA PAMPA	DEPARTAMENTO DE BIOQUIMICA DE LA PAMPA

HOSP DISTRIT LAS HERAS	MINIST DE SALUD DE SANTRA CRUZ	OFICINA DE COMPRAS
UNIVERSIDAD DE BS AS	MINISTERIO DE EDUCACION DE LA NACION	OFICINA DE COMPRAS DE FAC DE FARMACIA Y BIOQUIMICA

3.c) Enumere las personas de su organizaciónque 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
MARIANA BENETTI	27-26932037-6	DIRECTORA
RUBEN RODRIGUEZ	20-16288327-6	GERENTE DE VENTAS
TATIANA MERINO	27-26518858-9	GERENTE DE POST VENTA
CLAUDIA BAGATTIN	27-27089607-9	COORDINADORA DE CARRERA DE VENTAS
LAURA GAMBACH	27-29152828-2	RESPONSABLE DE CALIDAD

3.d) Indique sicuenta 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
MARIANA BENETTI	27-26932037-6	*DIRECTORA*
RUBEN RODRIGUEZ	27-26932037-6	*GERENTE DE VENTAS*

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

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

<u>Políticas de Integridad</u>

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
PGC 29 rev00 Compliance	

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

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
Lic. Laura Gambach	Responsable de Calidad/ComplianceOfficer

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

CANAL	DESCRIPCIÓN
Compliance Officer/Directivos	

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 periodo de la relación comercial.*

Firma _____

Aclaración Alejandro Berdi

DNI 23809783

Carácter Director

Fecha 20/11/2020.