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	SOLFACAR SA

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
Federico Ludovico Sperling Fernando Sperling Ursula Elsa Campos	20-04601160-1 20-24227332-0 27-06075499-9

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

NOMBRE	CUIT
Federico Ludovico Sperling Fernando Sperling Ursula Elsa Campos	20-04601160-1 20-24227332-0 27-06075499-9

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?

100 %

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
Provincia de Bs.As. Hospital Churruca Visca	Ministerio de Salud Ministerio de Seguridad	Sector de compras / licitaciones Sector de compras / licitaciones

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
Federico Ludovico Sperling Fernando Sperling Maximiliano Hernan Gurnik	20-04601160-1 20-24227332-0 20-35201815-6	Presidente Vicepresidente Responsable calidad

Ricardo Hugo Jaime	20-21850127-4	Ventas
Tatiana Vegetti	27-34199976-1	Especialista en aplicaciones
Evelyn Jessica Porcelo	27-41047989-9	Administración
Hernan Aimene	20-40006667-2	Administración
Alicia Laura Checchi	*27-13211294-6*	*Directora Técnica*
Sandra Vanesa Losada	*27-24203106-2*	*Asistente de dirección técnica*

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
Alicia Laura Checchi	*27-13211294-6*	*Directora Técnica*
Sandra Vanesa Losada	*27-24203106-2*	*Asistente de dirección técnica*

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
Tatiana Vegetti	Empleada	Hospital Dr. Alberto Edgardo Balestrini	Bioquímico de guardia 36 horas
Sandra Vanesa Losada	*Asistente de dirección técnica*	Superintendencia de Bienestar	Auxiliar de 6ta. Baja año 2012

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
Ricardo Juan Grisolia	Conyuge de asistente de DT	Policia Federal Argentina	Comisario. Retirado año 2016

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
MC-002 Manual de Integridad Rev 01	Política de Calidad establecida y aprobada por acta de directorio del Consejo de Administración, desarrollada teniendo en cuenta un previo análisis de riesgos y de contexto. Contempla: programa de vigilancia y control de delitos, aplicación a todos los directivos y miembros de la empresa, responsable de integridad, referencias normativas, planes de capacitación por inducción y continua, revisiones periódicas y auditorías internas. (incluye como Anexos: Código de Ética, Régimen Disciplinario e Investigación Interna)
MC-002-A2-01 Código de Ética Rev 01	Anexo del Manual de Integridad. Define las pautas éticas de los miembros del directorio y de los miembros de la empresa, clientes y proveedores. Describe principios y conductas éticos de forma taxativa: respeto a la legalidad, desarrollo profesional e igualdad de oportunidades, seguridad y salud en el trabajo, uso de bienes corporativos, lealtad a la empresa y conflicto de intereses, tratamiento de la información, relaciones con clientes, con proveedores y específicamente con funcionarios públicos (con prohibición expresa de efectuar regalos, obsequios, donaciones o gratificaciones, así como gastos de estadías o viajes o financiación de partidos políticos).

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
MC-002-A2-02 Régimen Disciplinario e Investigación Interna Rev 01	Establece el procedimiento a seguir ante incumplimientos y/o violación de las disposiciones del Código de Ética
R-90 Lista Verificación de Auditoria Interna Rev 01	Se prevé una auditoria anual (además de revisiones anuales)

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
Fernando Sperling	Responsable del programa
A definir. Primera auditoria prevista para el mes de diciembre 2020	Auditor

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

CANAL	DESCRIPCIÓN
Mail	integridad@solfacar.com.ar puesto a disposición en las copias del código de ética que recibió cada miembro de la empresa, bajo la premisa de que garantiza el anonimato, la confidencialidad y la no represalia contra el denunciante

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 FERNANDO SPERLING

DNI 24.227.332

Carácter VICE PRESIDENTE

Fecha 06/11/2020

SOLFACAR S.A.
FERNANDO SPERLING
VICEPRESIDENTE