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	LABIN CHILE 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
	INFORMACION CONFIDENCIAL

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
	INFORMACION CONFIDENCIAL

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

NOMBRE	CUIT
	INFORMACION CONFIDENCIAL

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

WIENER LAB. SAIC CHILE S.A.
Alberto Ortolani
Gerente Comercial

		INFORMACION CONFIDENCIAL

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?

INFORMACION CONFIDENCIAL %

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
		INFORMACION CONFIDENCIAL

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
ALBERTO ORTOLANI	14624471-8	GTE. COMERCIAL-REP. LEGAL

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
ALBERTO ORTOLANI	*146244718-8*	*GTE. COMERCIAL- REP. LEGAL*

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

WIENER LAB - LABIN CHILE S.A.
Alberto Ortolani
Gerente Comercial

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
			NO

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
			NO

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
		NO

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
	INFORMACION CONFIDENCIAL

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

WIENER LAB. CABIN CHILE S.A.
Alberto Orolani
Gerente Comercial

	INFORMACION CONFIDENCIAL

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
	INFORMACION CONFIDENCIAL

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

CANAL	DESCRIPCIÓN
	INFORMACION CONFIDENCIAL

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
		NO

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.*

WERNER LAB - LABIN CHILE S.A
Alberto Ortolani
Gerente Comercial

Firma _____

Aclaración Alberto Ortolani

~~DNI~~ RUT 14.624.471-6

Carácter Gte. Comercial - Rep. Legal

Fecha 6-8-2021