# ***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 | MLG SALUD SPA |
|---|---|

## 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 |
|---|---|
| PAMELA SAAVEDRA PLETT | 9.490.366-1 |
| | |

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

| NOMBRE | CUIT |
|---|---|
| PAMELA SAAVEDRA PLETT | 9490366-1 |
| | |

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 |
|---|---|---|
| SOY SOLO YO, POR LO QUE YO VEO | | TODAS LAS AREAS |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**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?*

0 %

*3.b) Enumere sus principales clientes del sector público, indicando el área responsable de compra.* NO TRABAJO CON EL ESTADO

| JURISDICCIÓN (nacional, provincial, municipal) | MINISTERIO / ORGANISMO | ÁREA RESPONSABLE DE COMPRA |
|---|---|---|
| | | |

*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 |
|---|---|---|
| | | |

*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.* NO

| 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.* NO

| 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.* NO

| 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. NO

| 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. NO ya que no trabajo con el Est

| INSTRUMENTO | ALCANCE. DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| | |

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: No ya que no trabajo con el Estado

| 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: No ya que no trabajo con el Estado

| 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: No, porque soy sólo yo

| CANAL | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| | |

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: NO

| 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 Pamela Saavedra Pfaff

DNI 9.490.366-1

Carácter _____

Fecha 6/08/2021