

CUESTIONARIO DE DEBIDA DILIGENCIA AMERICAS

INSTRUCCIONES:

- Por favor complete este cuestionario en su totalidad. Si alguna de las preguntas o campos no está relacionado con su actividad comercial, indique **N/A** (No Applica).
- Incluya todos los documentos requeridos en su solicitud, como por ejemplo el Código de Conducta de su empresa, el certificado de registro, políticas y procedimientos relacionados con cumplimiento (compliance) y anti-corrupción, así como cualquier documentación requerida o justificativa donde su respuesta haya sido **SÍ**.
- Para cualquier sección en la que necesite espacio adicional para responder, adjunte una hoja aparte haciendo referencia a la sección del cuestionario correspondiente a su respuesta.
- Firme el cuestionario electronicamente y remítalo a su contacto en Advita Ortho.
- Apreciamos su pronta respuesta.
- **TENGA EN CUENTA QUE NINGÚN ACUERDO SE PUEDE FINALIZAR HASTA QUE RECIBAMOS: ESTE CUESTIONARIO COMPLETO, LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APLICABLE Y TENGAMOS TIEMPO ADECUADO PARA REVISAR Y VERIFICAR LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN SU RESPUESTA.**

1. DEFINICIONES CLAVE:

- 1.1. PROFESIONAL DE LA SALUD (HEALTHCARE PROFESSIONAL - HCP):** cualquier persona física (tenga o no función clínica; ya sea un funcionario del gobierno, o empleado o representante de una agencia gubernamental, u otra organización del sector público o privado; incluidos pero no limitado a médicos, enfermeras, técnicos, científicos de laboratorio, personal investigador, coordinadores de investigación o personal de compras) que en el curso de sus actividades profesionales puedan, directa o indirectamente comprar, arrendar, recomendar, administrar, utilizar, suministrar, procurar o determinar la compra o arrendamiento de, o que puedan prescribir tecnologías médicas o servicios relacionados.
- 1.2. FUNCIONARIO PÚBLICO:** Cualquier servidor público, oficial o empleado de cualquier gobierno o entidad controlada por el gobierno en cualquier parte del mundo. Los funcionarios públicos también incluyen partidos políticos y funcionarios de partidos, candidatos a cargos políticos y empleados de organizaciones internacionales públicas como la Organización de las Naciones Unidas. Funcionarios públicos también incluyen todos los niveles de empleados y funcionarios de cualquier empresa comercial de propiedad parcial, controlada, u operada por un gobierno. Adicionalmente, los funcionarios públicos incluyen a cualquier persona que actúe en calidad de funcionario para o en nombre de cualquier gobierno o departamento, o en cualquier nivel del gobierno federal, estatal, provincial, del condado o municipal y funcionarios similares de cualquier gobierno en el mundo. Los profesionales de la salud, incluyendo los médicos, son funcionarios públicos a los fines de este formulario. Además, cualquier familiar cercano de un funcionario público es también un funcionario público a los fines de este cuestionario.
- 1.3. PARIENTES CERCANOS:** Los familiares cercanos incluyen al cónyuge de un funcionario público; abuelos, padres, hermanos, hijos, sobrinas, sobrinos, tías, tíos y primos primeros del funcionario público y del cónyuge; el cónyuge de cualquiera de estas personas; y cualquier otra persona que comparta la misma casa con el funcionario público.
- 1.4. DOCUMENTACION DE REGISTRO MERCANTIL:** Documentos que corroboran la existencia y formalización legal de la empresa en su país específico (copias del registro comercial de la empresa, artículos de incorporación, estatuto corporativo y licencia comercial).

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

2.1. Nombre Legal:	
2.2. Dirección física:	
2.3. Número de Teléfono:	2.4. Años en Negocio:
2.5. Sitio del web de la empresa (<i>website</i>) :	2.6. Nombre de fantasía:
2.7. País (o países) en donde la empresa opera:	

3. INFORMACIÓN DE CONTACTO (DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO)

3.1. Nombre y cargo en la empresa:		
3.2. Número de teléfono de oficina:	3.3. Teléfono celular:	3.4. Correo electrónico (<i>email</i>):

4. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, INFORMACIÓN FINANCIERA Y ENTIDADES RELACIONADAS

4.1. País de incorporación o formación de la empresa:	4.2. Fecha de incorporación:
4.3. Estructura Legal: (Ejemplos: <i>Corporación, Sociedad de Responsabilidad Limitada, Sociedad Anónima, empresa conjunta "joint venture", etc.</i>)	4.4. Número de Identificación Tributaria: (<i>número de identificación que la compañía utiliza para realizar negocios oficiales, pago de impuestos, tributos</i>)
4.5. Número de registro mercantil/comercial:	
4.6. Localidad de inscripción del registro mercantil/comercial (especifique el estado, condado, provincial, municipio o país):	
4.7. Adjunte copia del registro mercantile/comercial válido y de los documentos de incorporación. Si la empresa es propiedad en su totalidad o en parte de otra compañía (refiérase a la sección 4.9) y envíe también la documentación solicitada para esa compañía o compañías.	
4.8. Incluya una copia de cualquier licencia comercial u operativa necesaria para operar dentro de la jurisdicción de la empresa:	
4.9. Entidades relacionadas. Por favor, enumere los nombres, direcciones físicas, e información de contacto de las entidades relacionadas o afiliadas de la Empresa (si aplica):	
a) Sociedad matriz de la empresa:	
b) Si otra empresa es propietaria en su total o parcialmente de la Empresa, presente también los documentos de registro e incorporación comercial de dicha empresa:	

c) Compañías subsidiarias or afiliadas que pueden o no trabajar en nombre de Advita Ortho:	
d) Cualquier otra compañía o entidad en la que la Empresa tenga una participación mayoritaria:	
e) ¿La Empresa representa o vende productos para cualquier otra compañía en las industrias de dispositivos médicos, diagnóstico in vitro, farmacéutica o biotecnología? En caso afirmativo, inidique sus nombres.	

4.10. Información bancaria de la empresa. Proporcione la siguiente información correspondiente al banco o bancos con los que su empresa realiza negocios:

Nombre del Banco:	
Dirección física:	
Nombres en la cuenta:	
Número de cuenta:	

a) ¿Tiene la empresa alguna cuenta bancaria o beneficiario extranjero? **SÍ** **No**
 Si la respuesta es **SÍ**, especifique en dónde y quién:

4.11. Personal de la empresa:

a) ¿La empresa tiene una junta directiva? **SÍ** **No**
 Si la respuesta es **SÍ**, incluya la información a continuación para cada uno de los directores de la junta:

Nombre	Título/Función	Nacionalidad	País de Residencia

b) Proporcione detalles sobre los miembros de la administración de la compañía que cumplen las siguientes funciones u otras similares:

Nombre	Título/Función	Nacionalidad	País de Residencia
	Presidente/Director Ejecutivo		
	Representante Legal / Asesor Jurídico		
	Director Financiero / Tesorero / Contabilidad		
	Ventas y Mercadeo		
	Finanzas		
	Importaciones / Exportaciones (Aduanas)		
	Asuntos Reglamentarios (p. ej. registros de productos)		
	Oficial de Cumplimiento (Compliance)		

4.12. Número total de empleados (incluya los siguientes tipos de empleados: tiempo completo, parcial, temporeros, independientes):

a) Incluya una lista de todos los empleados con la siguiente información: Nombre completo, cargo que ocupa y tipo de empleado.

4.13. Propietario(s) de la Empresa:

Enumere todos los propietarios, incluyendo los individuos y las empresas. Indique el % de propiedad de cada uno (adjunte una hoja por separado si es necesario).

Nombre Legal del propietario (individuo/entidad)	% de Propiedad	Nacionalidad	País de Residencia	Número de identificación tributaria

Incluya el archivo corporativo que verifica la estructura de propiedad de la empresa. Si otra empresa es propietaria total or parcial de la empresa, envíe también la documentación de esas empresas.

4.14. Terceros - Subsidiarias, distribuidores, afiliados y socios comerciales

Proporcione información relacionada con cualquiera de las subsidiarias, distribuidores, afiliados o socios comerciales de la empresa que realizan funciones para beneficio de Advita Ortho en las siguientes áreas: promoción de productos de Advita Ortho; venta o distribución de productos de Advita Ortho; obtención o mantenimiento de aprobación regulatoria; Titular de Registro para productos de Advita Ortho. Esto incluye a los distribuidores que la compañía contrata para vender productos de Advita Ortho:

Nombre (Persona/Compañía)	Función	Nacionalidad

4.15. ¿Su empresa tiene contratos por escrito con distribuidores y otros terceros? **Sí** **No**

4.16. ¿Su empresa requiere términos relacionados con anticorrupción y antisoborno, así como derechos de auditoría y derechos de rescisión por incumplimiento en los contratos con otras partes o personas? **Sí** **No**

4.17. ¿Qué entidad/empresa estará a cargo de enviar las órdenes de compra a Advita Ortho? Identifique todas las entidades en el espacio a continuación:

Nombre	Localización (Ciudad y País)

5. RELACIONES CON FUNCIONARIOS PÚBLICOS

<p>5.1 Si identificó personas en las secciones 4.8. a la 4.11. arriba:</p> <p>Marque si alguna de las siguientes categorías aplica a cualquiera de las personas que identificó en la Sección 4.8. (Personal de la Empresa), Sección 4.10. (Propietario(s) de la Empresa) o Sección 4.11. (Terceros).</p>	<p>5.2 Si identificó entidades o empresas en las Secciones 4.10. o 4.11. arriba:</p> <p>Marque si alguna de las siguientes categorías aplica a cualquiera de las juntas de directores, funcionarios, empleados o propietarios de cualquier empresa que identificó en la Sección Sección 4.10 (Propietario(s) de la Empresa) o Sección 4.11 (Terceros).</p>
---	---

Categorías:

5.3. Un funcionario público (<i>definido en la Sección 1.2. de este cuestionario</i>)	SÍ	No
5.4. Un familiar cercano del funcionario público (<i>definido en la Sección 1.3 de este cuestionario</i>)	SÍ	No
5.5. Un candidato político	SÍ	No
5.6. Una persona que tiene autoridad dentro de una entidad gubernamental para tomar o influenciar las decisiones o recomendaciones con respecto a:		
a) reembolso de productos de Advita Ortho	SÍ	No
b) compra al por mayor de productos de Advita Ortho para empresas, instituciones, organizaciones, etc.	SÍ	No
c) prescribir or dispensar productos de Advita Ortho	SÍ	No
d) aprobación de registros, permisos u otras autorizaciones relacionadas con productos de Advita Ortho	SÍ	No
e) cualquier otro registro, permiso o autorización relacionado con los intereses comerciales de Advita Ortho	SÍ	No

5.7. Si la respuesta es **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores (5.3 a la 5.6), proporcione los siguientes detalles sobre **las personas**:

Nombre

Título/Cargo

Relación con su empresa

La naturaleza del servicio que esta persona proporciona a Advita Ortho. Si no brinda servicios a Advita Ortho indique la circunstancia:

El gobierno u organización pública involucrada y la naturaleza de la relación de la persona con esa organización:

5.8. Si la respuesta es **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores (5.3 a la 5.6), proporcione los siguientes detalles sobre **las entidades/empresas** identificadas:

Nombre
Relación con su Compañía:
El servicio que esta entidad proporciona a Advita Ortho (si no brinda servicios a Advita Ortho indique la circunstancia:
El gobierno u organización pública involucrada y la naturaleza de la relación de esta entidad con la organización gubernamental:

5.9. Indique si su empresa realiza negocios con:

a) ¿Funcionarios de gobierno?	SÍ	No
b) ¿Departamentos o agencias gubernamentales?	SÍ	No
c) ¿Que porcentaje de sus negocios/ventas son públicas y qué porcentaje es privado?	Público	Privado

6. ANTECEDENTES LEGALES DE LA EMPRESA

Marque si alguno de los siguientes aplica a cualquiera de las personas o empresas que indentificó en: la Sección 4.8. (Personal de la Empresa), Sección 4.10. (Proprietario(s) de la Empresa) o Sección 4.11. (Terceros).

6.1 ¿Esta persona o empresa ha tenido alguna vez una sentencia (civil o criminal), una penalidad o sanción por fraude, robo o malversación de fondos?	SÍ	No
6.2 ¿Esta persona o empresa ha estado involucrada en una investigación por parte de una agencia gubernamental relacionada con alegaciones o acusaciones de corrupción, cohecho (soborno) o fraude?	SÍ	No
6.3 ¿Ha recibido esta persona o empresa una solicitud de información, como una citación, por parte de una agencia gubernamental relacionada con denuncias de corrupción, cohecho (soborno) o fraude?	SÍ	No
6.4 ¿Esta persona o empresa está actualmente bajo investigación por parte de un gobierno o entidad pública en algún país por, o está realizando una investigación interna de, denuncias de corrupción, cohecho (soborno) o fraude?	SÍ	No
6.5 ¿Esta persona o empresa ha sido suspendida, excluida o inhabilitada alguna vez por alguna agencia de licencias profesional o programa de credenciales del gobierno? (Ejemplos: asociación médica o de abogados, asociación de acreditación de contadores públicos certificados, acreditación de investigación clínica, oficina de licencias de importación/exportación)	SÍ	No
6.6 ¿Esta persona o empresa ha sido alguna vez acusada or declarada culpable de lavado de dinero?	SÍ	No

6.7 ¿Ha sido la empresa, su propietario o propietarios, o su director o directores objeto alguna vez de una investigación, revisión o indagación por parte de un manufacturero o autoridad gubernamental en relación con una transferencia de valor a un profesional sanitario o funcionario público?	SÍ	No
Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SÍ , proporcione una breve explicación por escrito, incluyendo los nombres de todas las partes implicadas, fechas y descripción del delito o crimen.		

7. PROGRAMA DE ÉTICA Y CUMPLIMIENTO

7.1 ¿La empresa mantiene un código de ética o documento similar que describe las prácticas comerciales éticas que se esperan de sus empleados? SÍ No Si la respuesta es SÍ , incluya el documento correspondiente. Si no hay un código de conducta disponible, explique por qué
7.2 ¿Es la empresa miembro de (o se adhiere a) un código de industria (p. ej. Advamed o alguno de la industria en su país)? SÍ No Si responde SÍ , incluya información referente a ese código de industria e información relacionada con la membresía de la empresa o el cumplimiento de ese código. Si responde No , proporcione información sobre cómo se comunica a los empleados los valores y requisitos de la empresa:
7.3 ¿La empresa proporciona capacitación documentada a los empleados sobre prácticas comerciales éticas o anticorrupción? SÍ No Si la respuesta es SÍ , proporcione una copia de su capacitación de anticorrupción o prácticas comerciales éticas más reciente. Si no hay capacitación disponible, indique cómo la empresa garantiza que los empleados comprendan y se mantengan informados sobre las reglas y regulaciones aplicables:
7.4 ¿Provee la empresa capacitación en ética y compliance inicialmente al contratar a los empleados y después anualmente? SÍ No Si la respuesta es No , indique con qué frecuencia se provee este entrenamiento: Favor de marcar esta casilla si necesita que Advita Ortho le proporcione contenido para entrenamiento de cumplimiento (compliance):
7.5 ¿La Empresa tiene políticas y/o procedimientos por escrito para regir las actividades que se realizan en nombre de Advita Ortho? SÍ No Si la respuesta es SÍ , proporcione copia de las políticas y/o procedimientos. Si responde No , explique como la Empresa tiene la intención de garantizar el cumplimiento de los requisitos reglamentarios relacionados con las actividades realizadas en nombre de Advita Ortho:

8. REFERENCIAS

Proporcione dos referencias comerciales con las que la empresa tenga relaciones de negocios durante más de dos años:

(Al completar este formulario, usted otorga permiso a Advita Ortho para comunicarse con estas referencias para verificar la reputación de su empresa y su posición en la comunidad empresarial.)

Referencia #1	Referencia #2
Nombre / Puesto o cargo:	Nombre / Puesto o cargo:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Nombre de la empresa:	Nombre de la empresa:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Continúe con la certificación en la página siguiente

9. CERTIFICACIÓN

DEBE SER COMPLETADO POR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA EMPRESA			
Nombre Completo			
Título/Cargo			
Nombre de la Empresa			
Por la presente certifico que:			
soy un representante debidamente autorizado de la Compañía nombrada a continuación;	Sí	No	Iniciales
la información que he proporcionado es verdadera y completa a mi leal saber y entender;	Sí	No	Iniciales
Advita Ortho puede confirmar de manera independiente las declaraciones hechas en este documento;	Sí	No	Iniciales
entiendo que Advita Ortho basará en esta información para decidir si renovará su acuerdo comercial con la Compañía;	Sí	No	Iniciales
no tengo conocimiento de ninguna información adicional o riesgos relacionados con corrupción o soborno a ser considerados al evaluar este acuerdo comercial formal con Advita Ortho;	Sí	No	Iniciales
doy mi consentimiento para que Advita Ortho almacene y transfiera esta información de acuerdo con la ley aplicable; y	Sí	No	Iniciales
doy mi consentimiento para transferir la información proporcionada en este formulario a Advita Ortho, Inc., ("Advita Ortho") una compañía con sede en los Estados Unidos, únicamente con el propósito de permitir que Advita Ortho realice una investigación sobre los antecedentes legales y de negocios de las compañías y personas identificadas en el formulario. Doy mi consentimiento para que Advita Ortho transfiera la información proporcionada en este formulario a un tercero con el único propósito de realizar dicha investigación en nombre de Advita Ortho.	Sí	No	Iniciales
FECHA	FIRMA		