

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

1

- a) Habilitación Municipal
- b) Documento de Identidad del titular de la explotación/ apoderado/ representante social. El apoderado deberá acompañar el instrumento que legitime su actuación.
- c) En caso de tratarse de una Sociedad Comercial deberá adjuntar:
Estatuto social y Acta de directorio (última distribución de cargos).
- d) Libro de Reclamos y Sugerencias para ser rubricado (Tapas duras tipo de actas).
- e) Planillas anexas completas.

-En el caso de solicitar Recategorización y de no haberse producido cambio de titularidad, solamente deberá presentar las planillas.

-De haberse producido cambio de titularidad, deberá acompañar además la documentación que corresponda.

-Cuando este Organismo comunique la categoría otorgada de conformidad al Artículo 71 inciso A) - Ley Fiscal N° 15.079; el titular deberá realizar el depósito o transferencia de la suma que corresponda en cualquier sucursal de Banco Provincia de Buenos Aires a la Cuenta Fiscal N° 1.787/3 - Fondo Provincial de Turismo - Casa Matriz 2.000. Alojamiento 1 estrella, \$552 (quinientos cincuenta y dos); Alojamiento 2 estrellas, \$636 (seiscientos treinta y seis); Alojamiento 3 estrellas, \$696 (seiscientos noventa y seis); Alojamiento 4 estrellas, \$876 (ochocientos setenta y seis); Alojamiento 5 estrellas, \$1.044 (un mil cuarenta y cuatro).

-Todos los datos consignados revisten el carácter de declaración jurada.

-Un establecimiento es accesible cuando garantiza el uso integral del mismo sin limitación alguna. En el caso de instalaciones y servicios para personas con discapacidad motriz, especificar solamente aquellos que cuenten con un acceso pleno, sin obstáculos, posibilitando el libre desplazamiento. Para el resto de las discapacidades detallarlos en la planilla.

NOTA: En todos los casos la documentación deberá acompañarse en copia certificada. Pueden certificar: Juez de Paz, Escribano Público, Municipalidad – Dirección / Delegación de Turismo, Asociación Hotelera, Registro Público de Comercio o en esta Dirección.

REGISTRO DE HOTELERÍA Y AFINES CABAÑAS / APART HOTEL

2

Datos del Establecimiento

Nombre del Establecimiento:		Legajo N°
Partido:	Localidad:	C.P.:
Domicilio:		
E- mail:		Tel./ Fax:
Página Web:		
Total de unidades:	Unidades dobles:	
Total de unidades en suites:	Unidades triples:	
Total de Plazas:	Unidades cuádruples:	
Otros:		

Datos Comerciales

Nombre del Propietario o Razón Social:		
Domicilio Legal:		
CUIT N°	Tel:	E-mail:
Partido Localidad:		

Datos Particulares (de quien firma la planilla)

Nombre, Apellido, DNI:
En Carácter de:

Datos de Funcionamiento

Todo el Año	SI	NO	Por temporada (indicar):
--------------------	-----------	-----------	---------------------------------

Recepción / Consejería / Sala de estar

Teléfono	SI	NO	Caja de seguridad general	SI	NO
Unificadas	SI	NO	TV (tipo)	SI	NO

Desayunador / Bar / Confeitería

Desayuno	SI	NO	Bar / Confeitería	SI	NO
-----------------	-----------	-----------	--------------------------	-----------	-----------

REGISTRO DE HOTELERÍA Y AFINES CABAÑAS / APART HOTEL

3

Restaurant - Salón Comedor

Restaurant a la carta	SI	NO	Menú fijo	SI	NO
Media pensión	SI	NO	Pensión completa	SI	NO

Sala de reuniones / Sum / Quincho

Capacidad (personas):

Teléfono	SI	NO	Baños	SI	NO
----------	----	----	-------	----	----

Sistema de calefacción / Refrigeración (lugares comunes)

Indicar tipo de servicio:

Servicios generales

Juegos para niños	SI	NO	Pileta/s	SI	NO
Salón de juegos para niños	SI	NO	Pileta para niños	SI	NO
Parque - individual / general	SI	NO	Pileta climatizada / cubierta	SI	NO
Gimnasio	SI	NO	Señalización en piletas	SI	NO
Spa	SI	NO	Guardavidas (cant.)	SI	NO
Estacionamiento / cochera (indicar ubicación y distancia):				SI	NO

Otros:

Servicios y equipamiento en unidad tipo

Teléfono /Conmutador	SI	NO	TV. (espec.)	SI	NO
Caja Fuerte	SI	NO	Bañera	SI	NO
Hogar / Salamandra	SI	NO	Ducha con/sin prediluvio	SI	NO
Heladera	SI	NO	Hidromasaje	SI	NO
Anafe / Cocina	SI	NO	Art. de Tocador	SI	NO
Vajilla	SI	NO	Refrigeración (tipo)	SI	NO
Calefacción (tipo)	SI	NO	Otros:		

REGISTRO DE HOTELERÍA Y AFINES CABAÑAS / APART HOTEL

4

Instalaciones y servicios accesibles (para personas con discapacidad)

Ingreso al establecimiento:	Rampa	<input type="checkbox"/>	Escalera	<input type="checkbox"/>	A nivel	<input type="checkbox"/>
Ingreso a la unidad:	Rampa	<input type="checkbox"/>	Escalera	<input type="checkbox"/>	A nivel	<input type="checkbox"/>
Estacionamiento señalizado	SI	NO	Baños de uso común (cantidad):			
Unidades (cantidad):	SI	NO	Ancho de pasillos:			

Nombrar instalaciones accesibles:

Servicios:	Personal especializado	<input type="checkbox"/>	Alarma lumínica	<input type="checkbox"/>	Menú para celíacos/otros	<input type="checkbox"/>
------------	------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Otros equipamientos e instalaciones (especificar):

Firma y Aclaración (con carácter de declaración jurada):

DNI/LC/LE/CI:

Lugar y Fecha: