

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); Hotel Boutique, \$876 (ochocientos setenta y seis); Residencial, \$552 (quinientos cincuenta y dos).

-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

HOTEL /HOTEL BOUTIQUE / HOSTERÍA / RESIDENCIAL

2

Datos del Establecimiento

Nombre del Establecimiento:		Legajo N°
Partido:	Localidad:	C.P.:
Domicilio:		
E- mail:		Tel./ Fax:
Página Web:		
Hab. dobles:	Total de departamentos:	
Hab. triples:	Total de suites:	
Hab. cuádruples:	Otras (especificar):	
Total de habitaciones:	Total de plazas:	

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:

Período de Funcionamiento

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

Recepción / Consejería

Teléfono	SI	NO	Caja de seguridad general	SI	NO
Sala de estar	SI	NO	TV (tipo)	SI	NO

Desayunador / Bar / Confitería

Desayuno	SI	NO	Bar / Confitería	SI	NO
Desayuno en habitaciones	SI	NO	Bar en habitaciones	SI	NO

REGISTRO DE HOTELERÍA Y AFINES

HOTEL /HOTEL BOUTIQUE / HOSTERÍA / RESIDENCIAL

3

Restaurant - Salón Comedor

Restaurant a la carta	SI	NO	Menú fijo	SI	NO
-----------------------	----	----	-----------	----	----

 Tipo de pensión:

Sala de Convenciones/ Reuniones / Sum

 Capacidad (personas):

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

Sistema de Calefacción / Refrigeración (lugares comunes)

 Indicar tipo de servicio:

Servicios / Instalaciones 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 distancia):				SI	NO

 Otros:

Servicios y Equipamiento en habitaciones /departamentos

Teléfono / Conmutador	SI	NO	Calefacción (tipo)	SI	NO
Caja Fuerte	SI	NO	Aire acondicionado	SI	NO
TV- Cable (espec.)	SI	NO	Ventilador	SI	NO
Internet	SI	NO	Otros:		

Servicios y Equipamiento en baños

Bañera	SI	NO	Secador de cabello	SI	NO
Ducha con/ sin prediluvio	SI	NO	Bata de baño	SI	NO
Hidromasajes	SI	NO	Teléfono/extensión telefónica	SI	NO
Artículos de tocador (especificar):	SI	NO	Otros:		

REGISTRO DE HOTELERÍA Y AFINES HOTEL /HOTEL BOUTIQUE / HOSTERÍA / RESIDENCIAL

4

Instalaciones y Servicios Accesibles (para personas con discapacidad)

Ingreso: Rampa Escalera A nivel

Estacionamiento señalizado	SI	NO	Baños de uso común (cantidad):
----------------------------	----	----	--------------------------------

Habitaciones (cantidad):	SI	NO	Ancho de pasillos:
--------------------------	----	----	--------------------

Nombrar instalaciones accesibles:

Servicios: Personal especializado Alarma lumínica Menú para celíacos/otros

Otros equipamientos e instalaciones (especificar):

Firma y Aclaración (con carácter de declaración jurada):

DNI/LC/LE/CI:

Lugar y Fecha: