

Fecha:/...../.....

ALOJAMIENTOS TURISTICOS **DECLARACION JURADA**

LEY 5737 "De Regulación de Alojamientos Turísticos para la Provincia de JUJUY
Decreto Reglamentario N° 7808 – G -

NOMBRE PROPUESTO PARA EL ESTABLECIMIENTO:

Clases

Hotel Hostería Cabañas Apart Hotel Residencial Hostel
Estancia Turística Establecimiento de alquiler turístico
Casa de huéspedes / Bed & Breakfast

Categorización

Hotel -Hostería: 5 estrellas 4 estrellas 3 estrellas 2 estrellas 1 estrella
Cabañas – Apart hotel: Lujo Superior Estándar
Residenciales: "A" "B"

Personas físicas

Apellido/s

Nombre/s

Documento Tipo: DNI LE LC N°

CUIT N° ---- **Condición de IVA**

Fecha de Nacimiento --

Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a

Domicilio

N° **Piso** **Depto:**

Localidad: **Código Postal**

Provincia

Tel./Fax

Cel

E-mail

Pagina Web

Nombre Gerente o Responsable

E-mail personal del Gerente

Personas Jurídicas

Razón Social

Nombre de fantasía de la Empresa

CUIT N° -- Condición de IVA

Domicilio Legal

N° Piso Depto:

Localidad Código Postal

Provincia

Tel./Fax

Cel

E-mail

Pagina Web

Nombre Gerente o Responsable

E-mail Personal del Gerente

Titularidad

Propietario Locatario Concesionario Poseedor Otros

(Adjuntar Documentación respaldatoria de lo expresado, en copia autenticada)

Antigüedad de la Construcción

Año Años de remodelación

Material preponderante de la construcción _____

Monumento histórico Si No Patrimonio de la localidad Si No

Meses de Funcionamiento

ENE FEB MAR ABR MAY JUN
JUL AGO SEP OCT NOV DIC

Pertenece a una cadena de alojamientos? Cual? _____

DETALLE DE SERVICIOS

Cantidad total de habitaciones Cantidad total de departamentos

Cantidad total de Suites Cantidad de habitaciones para discapacitados

Cantidad de habitaciones SGL DBL TPL CDP

QTP STP

Office por Piso Si No

Plazas totales

Caso Hostel

Cantidad de Habitaciones

Cantidad de habitaciones SGL DBL TPL QDP QTP

Otros: coloque cantidad

Plazas totales:

BAÑOS COMPARTIDOS: Sector damas: cantidad de inodoros bidet
duchas lavabos

Sector caballeros: cantidad de inodoros bidet
duchas lavabos

HORARIO DE INGRESO :
(Check In)

HORARIO DE SALIDA :
(Check out)

Detalle de Servicios e instalaciones

Área Recepción Área Administración Vestuario y baños para el personal
Comedor para el personal Ascensores para pasajeros Capacidad: ____ personas
Ascensores de servicio Capacidad: ____ personas
Servicio de Conserjería Cambio de Divisas Prensa Diaria
Espacio para tenencia de mascotas Servicio de Niñera
Bar Restaurant Rest Niños Roomservice
Espacio de juegos para Niños Quincho Parrilla Cocina para uso huésped
Cofre de seguridad en: Habitaciones En administración No posee
Internet en habitaciones Internet en área común
Teléfono con DDN/DDI en habitaciones Teléfono mediante operadora en habitaciones
Teléfono Público en área común Teléfono en baños privados
T.V. en habitaciones T.V. en área común Por cable Satelital
Biblioteca Videoteca Salón de Música
Música Funcional Radio Reloj en habitaciones Carta de almohadas
Cierre con tarjeta magnética
Personal Bilingüe Cantidad: _____ personas
Aire acondicionado en habitaciones: Centralizado Descentralizado
Calefacción en habitaciones: Centralizada Descentralizado
Aclare sistema que utiliza: _____
En sector baños: Bañera Receptáculo
Servicio de Lavandería: Propia Tercero
Cochera Si No Cubierta Al Aire libre Propia Tercero (Adjuntar
Contrato de locación)
Cantidad de vehículos Valet Parking
Amenitis Secador de cabello en habitaciones
Piscina Si No Al aire libre Climatizada Con Bar
Sauna Salón de Belleza Gimnasio
Spa Detalle los servicios de Spa: _____

Boutiques Local venta regionales

Otros Servicios que desee declarar que su establecimiento ofrece (Especifique): _____

SALONES DE USOS MÚLTIPLES

Cantidad total Capacidad total

Describa a cada salón (capacidad de cada uno):

Equipamiento Audiovisual disponible Propio Tercerizado
Equipo de Traducción disponible Propio Tercerizado
Guardarropas

SERVICIO DE DESAYUNO

Si No TIPO: Continental Buffet Americano Buffet brasilero

Incluye productos regionales Si No

Horario: desde ____:____ hasta ____:____

SERVICIO DE RESTAURANT

Si No TIPO: Almuerzo Cena

Posee Carta Menú Si No

Capacidad total de comensales

ACCESIBILIDAD

Posee Habitaciones para discapacitados Si No Cantidad

Descripción _____

PERSONAL

Gerente Administrador Coordinador de reservas Personal de seguridad

Portero Recepcionista Botones Conserje RRPP Mucamas

Mantenimiento Personal de Piso Chef ayudantes de cocina Maitre

Sommelier Mozos Adicionista Equipo de recreación

CANTIDAD DE PERSONAL

Permanente Temporario

Tipo de Profesión

Lic. en Turismo y/o Hotelería Técnico en Turismo y/o Hotelería

Chef profesional Otro _____

SEGURIDAD

Posee Carpeta Técnica de Seguridad e Higiene? Si No

Servicio estable contra incendios Servicio manual contra incendios

Salidas de Emergencia Luces de Emergencia

Cartelería en caso de emergencia Plan de Evacuación

Servicio de emergencia medica Si No Privada Pública

Botiquín de Primeros Auxilios

Grupo electrógeno propio

Sistema de agua caliente utilizado

Caldera a gas Termotanque Calefón

Otros Especifique: _____

El personal afectado a la atención de pasajeros, está uniformado? Si No

El establecimiento, ocupa la totalidad de un edificio? Si No

El mobiliario de las habitaciones, es uniforme? Si No

La ropa blanca en habitaciones, es uniforme? Si No

Se encuentran identificadas cada una de las puertas de las habitaciones? Si No

Posee Libro de Reclamos a disposición de los huéspedes, foliado y rubricado por el Área de Registro y Fiscalización. Si No

Posee libro de Registro de Pasajeros? Si No

Exhibe en la entrada principal del establecimiento, como complemento del nombre, Clase y categoría asignada? Si No

En las facturas, sobres y papelería en general, como así también en toda publicidad, indica Clase y categoría a la que pertenece? Si No

Exhibe a la vista del publico, en lugar bien visible las tarifas? Si No

Área Registro y Fiscalización

Posee Seguro de Responsabilidad Civil? Sí No

Observaciones: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos aquí consignados son reales sin haberse omitido información alguna. Asimismo quedo "Notificado" que de incurrir en falsedad me haré pasible de sanción prevista por el artículo N° 239 del Código Penal que dice: "Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público, declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar de modo que pueda resultar perjudicioso".

Firma

Aclaración