

	DECLARACIÓN JURADA DE LICENCIA SANITARIA DE HOTELES	
	Versión: 02	Código: DNAB-F-003

Número de expediente: _____

Yo, _____, nacionalidad _____, mayor de edad, estado civil _____, con domicilio en _____, actuando en mi condición: personal representante legal ; apoderado legal de la Empresa Mercantil denominada _____ DECLARO bajo juramento lo siguiente: deseo realizar el trámite por primera vez (nuevo) , renovación , renovación con modificación , modificación de la licencia sanitaria por 2 , 4 o 6 años con las siguientes características:

Datos de la Empresa

Nombre de la Empresa:
Registro Tributario Nacional (RTN):
Dirección:
Teléfono:
Correo electrónico:
Nombre del Apoderado Legal (cuando aplique):
Número de teléfono del Apoderado Legal:
Correo electrónico del Apoderado Legal:
No. del Documento de Identificación o Colegiación:

Datos del Hotel

Nombre del Hotel:
Dirección exacta del Hotel:
Teléfono:
Correo electrónico:
Número de habitaciones:

Tipo de Acondicionamientos

1. Aire acondicionado		4. Jacuzzi	<input type="checkbox"/>
-Hasta el 50% de capacidad	<input type="checkbox"/>	5. Bar	<input type="checkbox"/>
-Más del 50 % de capacidad	<input type="checkbox"/>	6. Salón de Juntas	
2. Piscina		-Una (1) o dos (2) salas	<input type="checkbox"/>
-Menos de 80 m ²	<input type="checkbox"/>	-Tres (3) o cuatro (4) salas	<input type="checkbox"/>
-Más de 80 m ²	<input type="checkbox"/>	7. Servicio de habitación	<input type="checkbox"/>
3. Área de spa	<input type="checkbox"/>		

Tipo de Hotel

Hotel de negocios	<input type="checkbox"/>	Hotel de montaña	<input type="checkbox"/>
Hotel urbano o de ciudad	<input type="checkbox"/>	Hotel de playa y resorts	<input type="checkbox"/>
Bed and Breakfast (cama y desayuno)	<input type="checkbox"/>		
Hostal	<input type="checkbox"/>		

Área total del hotel _____ (m²) externa _____ (m²) e interna _____ (m²)

Especificar Tipo de Modificación (si aplica)

Declaro que la información brindada, y la documentación anexada al expediente de la licencia sanitaria de hoteles cumple satisfactoriamente con las disposiciones emitidas y requeridas por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) para efectos de regulación de establecimientos sujetos a licenciamiento; asumiendo la responsabilidad de cumplir con la normativa vigente y demás regímenes legales para el caso que nos ocupa. En caso de incumplimiento, y en el supuesto de ocasionar cualquier daño o perjuicio a terceros, es de mi conocimiento la deducción de responsabilidad administrativa, civil y/o penal que pueda derivarse de esta. Así mismo, declaro que la información y documentos presentados son auténticos y verídicos, caso contrario, si los datos y documentos referidos sean incorrectos o falsos, responderé en mi condición antes indicada.

En la ciudad de _____ para los efectos oportunos
 extendiendo la presente Declaración Jurada, a los _____ días del mes de _____ del
 año _____.

Firma del representante/apoderado legal: _____