ACTA No: AI-____/____-_____.

En la ciudad de _____, departamento de _____, a los ____ días de _____ de _____, siendo las _____ horas, se realiza inspección conforme a la orden de inspección № _____.

Datos generales del establecimiento			
Nombre del establecimiento:			
Propietario/ representante o apoderado legal:			
Dirección del establecimiento:			
Teléfono:	**Correo:**		**№ de empleados:**
Correlativo licencia sanitaria:		**Vigencia:**	**№ habitaciones:**
Acondicionamientos:			

1. Condiciones sanitarias observadas en el acceso al establecimiento

MALAS☐ REGULARES☐ BUENAS☐
Observaciones:_____
_____
_____

2. ¿El establecimiento cuenta con un libro de registro de personas? SÍ ☐ NO ☐

3. ¿Cuenta con botiquín de primeros auxilios? SÍ ☐ NO ☐

4. ¿La ruta de evacuación de las diferentes áreas del hospedaje está señalizada? SÍ ☐ NO☐

5. ¿Cuenta con los planos de distribución de las áreas del hospedaje exhibidos? SÍ ☐ NO ☐

6. ¿Los empleados cuentan con tarjeta de salud vigente? SÍ ☐ NO ☐

Observaciones:_____
_____
_____

7. ¿Cuenta con evidencia (bitácora) de realizar control de plagas? SÍ ☐ NO ☐

8. ¿Cuenta con evidencia (bitácora) de la realización del control y la limpieza del almacenamiento de agua? SÍ ☐ NO ☐

9. Condiciones sanitarias observadas en la habitación uno (1)

MALAS ☐ REGULARES ☐ BUENAS ☐
Observaciones:_____
_____

10. Condiciones sanitarias observadas en la habitación dos (2)

MALAS ☐ REGULARES ☐ BUENAS ☐

Observaciones:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

11. Condiciones sanitarias observadas en la habitación tres (3)
MALAS ☐ REGULARES ☐ BUENAS ☐
Observaciones:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

12. Condiciones sanitarias observadas en el área de lavandería
MALAS ☐ REGULARES ☐ BUENAS ☐ N/A ☐

_____

13.Condiciones sanitarias observadas en el área de almacenamiento de blancos?
MALAS ☐ REGULARES ☐ BUENAS ☐
Observaciones:_____
_____
_____
_____
_____

14.Condiciones sanitarias observadas en el área destinada a los desechos sólidos (Basureros tapados, área destinada en orden)
MALAS ☐ REGULARES ☐ BUENAS ☐
Observaciones:_____
_____
_____
_____

15.¿Cuenta con área destinada a la venta de alimentos y bebidas preenvasadas?
SÍ ☐ NO ☐
Observaciones:_____
_____
_____
_____

Observaciones:_____
_____
_____

16.¿Cuenta con área destinada a la venta de preservativos y otros dispositivos o fármacos de salud sexual? SÍ ☐ NO ☐
Observaciones:_____
_____
_____
_____
_____

17. ¿Cuenta con otros acondicionamientos o servicios?
SI ☐ NO ☐
En caso de respuesta afirmativa, descríbalas:_____
_____
_____
_____

Fundamentación jurídica: DECRETO No. 7-2021 Artículo 7. Numeral tres. Otorgar, renovar, modificar, suspender o cancelar las licencias sanitarias de establecimientos, circunscribiendo los servicios de hostelería y recreación (…). **Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario**, respecto a las inspecciones preceptúa: Artículo 173. La autoridad sanitaria tendrá libre acceso a todos los locales y dependencias de los establecimientos de interés sanitario, estando obligado el propietario, representante o responsable a dar toda clase de facilidades y suministrar los informes de interés sanitario que se le requieran. Artículo 175. La inspección sanitaria deberá orientarse a constatar el cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales establecidos de acuerdo con la actividad a que se dedica con base en las guías de buenas prácticas vigentes que aplique. Artículo 177. La autoridad sanitaria, al realizar la inspección en todo establecimiento de interés sanitario, levantará acta oficial de lo actuado (…). **Acuerdo 0071-ARSA-2025** Artículo 2. Las presentes disposiciones son de orden público, aplicables a toda persona natural o jurídica titular de establecimientos que desarrollen actividades de alojamiento temporal, ocasional, vacacional o arrendamiento. Así como también, los destinados al esparcimiento de sus visitantes con fines recreativos o educativos.
Observaciones, recomendaciones e indicaciones:

Responsables:		
Propietario/representante/responsable del establecimiento:	**DNI:**	**Firma:**
Profesional técnico ARSA:	**№ de empleado:**	**Firma:**
Profesional técnico ARSA:	**№ de empleado:**	**Firma:**
Testigo 1:	**DNI:**	**Firma:**
Testigo 2:	**DNI:**	**Firma:**