


|   |                             |                      |
|---|-----------------------------|----------------------|
|  | <b>Procedimiento GU P05</b> |                      |
|   | <b>VERIFICACIONES</b>       | <b>Página 1 de 1</b> |

Resolución Secretaría de Comercio Industria y Servicios N° 45/08

EXPTE. N° :

FECHA:

INICIADOR:

TEMA:

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Razón Social

CUIT ..... Personería Jurídica .....

Domicilio .....

Catastro..... Condominio ..... Barrio .....

Localidad ..... Teléfono ..... Referencia

### DATOS DEL SERVICIO SANITARIO

Usuario COS.A.YSA N° ..... Catastro N° ..... Conectado  
 Sí No sólo AGUA AGUA y CLOACA . Período Facturación: / / .  
 Monto: .....

Tipo de Servicio:..... Cantidad de salidas de agua: .....

¿Tiene Deuda? No .Sí . ¿Cuánto? .....

### DATOS INHERENTES A LA INSTITUCIÓN

Actividades que realiza la Institución

---



---



---



---

### FONDOS CON QUE CUENTAN, ¿cuáles son y su origen?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

### INFRAESTRUCTURA DE LA INSTITUCIÓN.

¿Es de uso exclusivo para el servicio de Bomberos?

Superficie del terreno

Superficie edificada

¿Poseen otro inmueble para el mismo objetivo?

¿Cuál?

¿Dónde?

**Otros datos de interés**

---



---

| Edificación tipo |           |  | Número de Ambientes |                          |  |
|------------------|-----------|--|---------------------|--------------------------|--|
| 1                | Apta      |  | 1                   | Destinados al público    |  |
| 2                | Poco Apta |  | 2                   | Destinado a otras tareas |  |
| 3                | Precaria  |  | 3                   | Tiene baño público       |  |

**Servicios**

| Cantidad de Teléfonos |   |  | Gas      |                               |  |
|-----------------------|---|--|----------|-------------------------------|--|
| 1                     | Uso exclusivo para bomberos                 |  | 1        | Gas de red                    |  |
| 2                     | Otros usos                                  |  | 2        | Gas de tubo o garrafa         |  |
| 3                     | Compartido                                  |  | 3        | Otro/s combustible/s          |  |
| 4                     | Poseen el 911                               |  |          |                               |  |
| Agua                  |   |  | Desagües |                               |  |
| 1                     | Por cañería dentro de la institución        |  |          | A red pública                 |  |
| 2                     | Fuera de la institución, dentro del terreno |  |          | A cámara séptica y pozo ciego |  |
| 3                     | Fuera del terreno                           |  |          | Sólo a pozo ciego             |  |

**Desarrollo de la entrevista**

---



---



---

**La presente declaración reviste carácter de declaración jurada**

Firma del Declarante: \_\_\_\_\_ Hora y fecha: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ Firma del verificador: \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS / FUNCIÓN:

**OBSERVACIONES.**

---



---



---

**EVALUACION** – se verifica la prestación del servicio de Bomberos, ¿sí, no?, ¿por qué?

---



---



---

\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL VERIFICADOR