

 INEA RIF: G-20002141-1	FICHA EVALUACIÓN DE EXPEDIENTE ACTIVIDADES SUBACUÁTICAS REGISTRO				FECHA:
					SOLICITUD SINEA:
DATOS DE LA EMPRESA					
NOMBRE DE LA EMPRESA:					RIF:
DIRECCIÓN:					CORREO ELECTRÓNICO:
REPRESENTANTE LEGAL:				C.I.:	TELF.:
TIPO DE EMPRESA:	OPERADORA DE BUCEO RECREATIVO				☐ CENTRO DE BUCEO. ☐ OTROS.
CIRCUNSCRIPCIÓN ACUÁTICA DONDE VA A OPERAR					
DOCUMENTOS A CONSIGNAR		REVISIÓN	FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1. Carta de solicitud dirigida al Presidente del INEA e indicar circunscripción acuática donde opera u operara (fecha vigente).		☐ Conforme ☐ No Conforme			
2. Planilla de Liquidación, conformada por la Oficina de Recaudación.		☐ Conforme ☐ No Conforme			
3. Registro de la empresa y última Acta de Asamblea según lo establecido en acta constitutiva con los representantes vigentes, debidamente registrada.		☐ Conforme ☐ No Conforme			
4. Registro de información fiscal (RIF).		☐ Conforme ☐ No Conforme			
5. Patente de Industria y Comercio de la Empresa o contrato de arrendamiento donde funciona la misma.		☐ Conforme ☐ No Conforme			
6. Inspección de operatividad realizada por la Capitanía de Puerto de La Circunscripción donde opera u operará.		☐ Conforme ☐ No Conforme			
7. Opinión Técnica Seguridad Marítima (Embarcaciones para Buceo)		☐ Conforme ☐ No Conforme			
8. Listado de personal según nivel de entrenamiento/certificación, experiencia, certificado médico marítimo y credencial INEA.		☐ Conforme ☐ No Conforme			
9. Inventario de equipos (Infografía y serial).		☐ Conforme ☐ No Conforme			
10. Manual Operativo de la Empresa Actualizado		☐ Conforme ☐ No Conforme			
11. Póliza de seguro de responsabilidad civil que ampare al personal que labora en la empresa.		☐ Conforme ☐ No Conforme			
12. Póliza de seguro de responsabilidad empresarial que ampare a clientes.		☐ Conforme ☐ No Conforme			
13. Botiquín de Primeros Auxilios según norma COVENIN 3478-99 o superior- Programas de Bioseguridad para la Prevención del COVID-19		☐ Conforme ☐ No Conforme			
14. Autorización de IMPARQUES (Cuando aplique)		☐ Conforme ☐ No Conforme			
15. Informe diagnóstico y plan de implementación de un Sistema de la Calidad en la empresa / Agencia si fuese afiliado (Norma ISO 9001:2015)		☐ Conforme ☐ No Conforme			
ANALISTA EVALUADOR		COORDINADOR DE ACTIVIDADES SUBACUÁTICAS		GERENTE DE TRANSPORTE Y TRÁFICO	
NOMBRE Y APELLIDO:		NOMBRE Y APELLIDO:		NOMBRE Y APELLIDO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

INSTRUCCIONES GERENCIA GENERAL DE MARINA	FIRMA
	FECHA: