

 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 INDUSTRIAL		☐ LIMPIEZA DE CASCO ☐ INSPECCIONES SUBACUÁTICAS	☐ REPARACIONES SUBMARINAS	
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 empresa.	☐ Conforme ☐ No Conforme				
6. Inspección de operatividad realizada por la Capitanía de Puerto de La Circunscripción donde opera u operará.	☐ Conforme ☐ No Conforme				
7. Lancha de Servicio para asistencia de los buzos: (CONTRATO DE ARRENDAMIENTO NOTARIADO o TITULO DE PROPIEDAD).	☐ 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. 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: FIRMA:	NOMBRE Y APELLIDO: FIRMA:		NOMBRE Y APELLIDO: FIRMA:		

INSTRUCCIONES GERENCIA GENERAL DE MARINA	FIRMA
	GERENTE GENERAL DE MARINA
	FECHA: