



Formulario de inscripción en el Registro de Entidades de Certificación para el Programa de Bonificación al Repoblamiento y Cultivo de algas

1. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (Complete los datos solicitados según corresponda)

Persona Natural

Persona Jurídica

PERSONAS NATURALES

NOMBRE	RUT	FONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO LEGAL	CORREO ELECTRONICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NACIONALIDAD	PROFESIÓN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

PERSONAS JURÍDICAS

DATOS DE O LOS REPRESENTANTES LEGALES

ITEM	Socio 1	Socio 2	Socio 3
NOMBRE			
RUT			
FONO			
DIRECCIÓN			
PROFESION			
NACIONALIDAD			
MAIL			

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES O TÉCNICOS Y DEL EQUIPO DE TRABAJO (Nota: en caso de Persona Natural, llene según corresponda).

NOMBRE DEL JEFE DE PROYECTO	RUT	PROFESIÓN/ UNIVERSIDAD	POST GRADO O POST TITULO/UNIVERSIDAD	Posee matricula de buzo profesional		
				si	no	categoria
NOMBRE DEL EQUIPO DE TRABAJO	RUT	PROFESIÓN/ UNIVERSIDAD	POST GRADO O POST TITULO/UNIVERSIDAD	Posee matricula de buzo profesional		
				si	no	categoria

3. EXPERIENCIA EN EL ÁREA.

Actividad desarrollada	Período (mes/año)	Detalle del tipo de servicio prestado

3. EQUIPAMIENTO BASICO

Cuenta con equipo de buceo

Si

No

Cantidad

Cuenta con compresor

Si

No

Cantidad

Cuenta con vehículo propio

Si

No

Cantidad

Cuenta con fotografía/video

Si

No

Cantidad

4. INDICAR UNA O MAS REGIONES EN LAS QUE PRESTARÁ SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN.

ARICA Y PARINACOTA	<input type="checkbox"/>	BIO BIO	<input type="checkbox"/>
TARAPACA	<input type="checkbox"/>	ARAUCANÍA	<input type="checkbox"/>
ANTOFAGASTA	<input type="checkbox"/>	LOS RIOS	<input type="checkbox"/>
COQUIMBO	<input type="checkbox"/>	LOS LAGOS	<input type="checkbox"/>
VALPARAISO	<input type="checkbox"/>	AYSEN	<input type="checkbox"/>
O´ HIGGINS	<input type="checkbox"/>	MAGALLANES	<input type="checkbox"/>
MAULE	<input type="checkbox"/>	TODAS	<input type="checkbox"/>

5. COMPROMISO (Declaración jurada simple)

La entidad postulante a la que represento, cumple con todos los requisitos y condiciones establecidas por la Ley N° 20.925, sus reglamentos y norma técnica respectiva, para ser entidad de certificación de la ley de bonificación al repoblamiento y cultivo de algas.

La entidad postulante a la que represento, tiene total conocimiento de las obligaciones y deberes establecidos por la Ley N° 20.925, su reglamento y norma técnica respectiva, y se compromete al fiel cumplimiento de éstas mientras se encuentre inscrita como entidad de certificación

A la entidad postulante a la que represento, no le afectan las inhabilidades establecidas en el artículo 15 letra d) del D.S. (MINECON) N° 165 de 2016

Que la persona natural o jurídica que solicita la inscripción en el Registro de Certificadores no presenta las inhabilidades señaladas en el Art. 15 letra d) del D.S. (MINECON) N° 165 de 2016

Formulo la presente declaración para solicitar la inscripción ante el FAP en el registro de entidades de certificación de bonificación al repoblamiento y cultivo de algas.

FIRMA

FECHA: _____

Para uso exclusivo de funcionario SUBPESCA-FAP.

Nombre del funcionario que recibe la solicitud _____

fecha de recepción de la solicitud _____

fecha de envío a las oficinas nacionales del FAP _____

Listados de documentos a anexar:

1. Fotocopia del Rol Único Tributario del postulante.
2. Copia autorizada de la escritura de constitución de la entidad, con sus respectivas modificaciones si las hubiere.
3. Fotocopia de la publicación de extracto respectivo, cuando corresponda.
4. Certificado de vigencia de la entidad, no superior a noventa días, emitido por la autoridad competente correspondiente.
5. Documento en que conste la personería del/la representante legal de la entidad.
6. Formulario de individualización del(los) responsable técnico y del personal de la entidad certificadora, completamente llenado y firmado por el representante legal del postulante.
7. Certificado de título, en original o fotocopia legalizada del responsable técnico identificado, de acuerdo a lo mencionado en el punto 4.1.2.
8. Currículum vitae del equipo identificado, que demuestre su competencia en el ámbito de sistemas de certificación de productos, según lo estipulado en el punto 4.1.2.
9. Formulario de identificación del responsable del sistema de control.
10. Documento en el que se presente la descripción del proceso a utilizar para la realización de la certificación y control de los diferentes operadores que requieren sus servicios.
11. Organigrama de la entidad identificando nombre, cargo y responsabilidades de cada integrante.
12. Documentación que demuestre la competencia en el ámbito biológico – pesquero, con experiencia acreditable en el área de la consultoría o investigación en ciencias del mar, y dominio en las materias a certificar.
13. Descripción de las instalaciones técnicas y administrativa.

b) La presente solicitud se califica como documentalmente _____ (completa / incompleta)

Notificación documentación faltante

En caso que el resultado de la letra b) sea solicitud incompleta:

Indicar los antecedentes o información faltantes:

N°	Tipo de documentación faltante
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Nombre y firma del profesional FAP que notifica a la entidad postulante de la documentación faltante:

Fecha de notificación:

Recepción Documentación Faltante

Nombre y firma del profesional FAP que recepciona documentación faltante:

Fecha de recepción:

Identificación de la entidad certificadora:

Razón social:

Parte IV. Autorización para la publicación de antecedentes personales en el Registro Público

A través de la presente, yo, cédula de identidad N°....., en representación de, autorizo al Fondo de Administración Pesquero a publicar en su registro, en caso de ser aceptada la solicitud de inscripción de mi representado, el nombre de la entidad que represento y el correo electrónico de la misma, de igual modo los datos que se especifican a continuación, durante el período de vigencia de su inscripción:

(Complete con una X según corresponda)

Datos:	Autorizo a publicar:	
	SI	NO
N° de RUT de la entidad		
Dirección de la entidad		
Dirección de correo electrónico de la entidad		
Fono de la entidad		
Fax de la entidad		
Nombre y N° de cédula de identidad del/la representante legal		

Razón social de la entidad postulante:

Firma representante legal de la entidad postulante

Fecha:.....