



International  
Civil Aviation  
Organization

Organisation  
de l'aviation civile  
internationale

Organización  
de Aviación Civil  
Internacional

Международная  
организация  
гражданской  
авиации

منظمة الطيران  
المدني الدولي

国际民用  
航空组织

LT 2/6A.96-SA0031

21 de enero de 2010

Para: Lic. Rodolfo Gabrielli, Presidente, Administración, Nacional de Aviación Civil – ANAC, Argentina  
Gral. Luis Trigo Antelo, Director Ejecutivo, Dirección General de Aeronáutica Civil, Bolivia  
Sra. Solange Paiva Veira, Directora Presidente de ANAC, Brasil  
Ten. Brig. do Ar Ramón Borges Cardoso, Director General, DECEA, Brasil  
Brig Ar José Pompeu dos Magalhães Brasil Filho, Presidente da CERNAI, Brasil  
General de Brigada Aérea (A) José Huepe Pérez, Director General de Aeronáutica Civil, Chile  
Dr. Fernando Augusto Sanclemente Alzate, Director General, UAEAC, Colombia  
Ing. Fernando Guerrero López, Director General de Aviación Civil de Ecuador  
Lic. Rafael E. Bárcenas Ch., Director General de Aeronáutica Civil, Panamá  
Dr. Ceferino Farías Servin, Presidente del Consejo de Administración, DINAC, Paraguay  
Sr. Ramón Gamarra Trujillo, DGAC, Perú  
Brig. Gral. (Av.) Daniel Olmedo, Director Nacional de Aviación Civil e Infraestructura Aeronáutica (DINACIA), Uruguay  
Lic. José Luis Martínez Bravo, Presidente del INAC, Venezuela

cc: Dr. Alejandro Orchansky, Coordinador Unidad de Relaciones Institucionales, ANAC, Argentina  
Lic. Eduardo Rodino, Director Nacional de Servicios de Navegación Aérea y Aeródromos, ANAC, Argentina  
Ing. Alex Geraige, Dirección Nacional de Infraestructura y Servicios Aeroportuarios, ANAC, Argentina  
Lic. Hugo Stortoni, Jefe de la Unidad de Relaciones Institucionales, OACI (U.R.I.-OACI) ANAC, Argentina  
Cnel. Raúl Velasco, Director Ejecutivo Nacional, AASANA, Bolivia  
Sr. Bruno Silva Dalcolmo Superintendente de Relaciones Internacionales, ANAC, Brasil  
Sr. Luis Rossi, Jefe Departamento RAI, Chile  
Sra. Nelly Simeón de Dumanoir, Subdirectora General Técnica, Panamá  
Lic. Luciana Cairét, Departamento de Relaciones Internacionales, DINAC, Paraguay  
Sr. Felipe Vallejo Leigh, Gerente General (e), CORPAC S.A., Perú  
Abg. María Marcela Salazar Moya, Oficina Relaciones con la Aviación Civil, Venezuela

cc: Sr. Peter Cerdá, Director Seguridad y Operaciones e Infraestructura América y Atlántico,

IATA

Sr. Manuel Góngora, Gerente, Seguridad y Operaciones e Infraestructura LATAM/CAR,  
IATA

Asunto: **Primer Taller de Optimización de la Red de Rutas ATS SAM (SAM ATSRO/1) (Lima, Perú, 1 al 5 de marzo de 2010)**

**Acción**

**requerida:** Contestar antes del **15 de febrero de 2010**

Distinguido señor:

Tengo el honor de dirigirle la presente para invitar a su administración/organización a participar en el Taller de Optimización de la Red de Rutas ATS SAM (SAM ATSRO), que se llevará a cabo en Lima, Perú, 1 al 5 de marzo de 2010, en idioma español únicamente. Sin embargo, si fuera requerido se proporcionará traducción simultánea personalizada.

Como usted recordará, durante la Tercera Reunión del Grupo de Implantación de la Región Sudamericana (SAM/IG/3) llevada a cabo en Lima, del 20 al 24 de Abril de 2009, mediante la Conclusión SAM/IG/3-1 se aprobó que los Estados SAM de la OACI tomen las acciones pertinentes para seguir las directrices y cumplir los plazos establecidos en el Programa de Optimización de la Red de Rutas ATS en la Región Sudamericana. El principal objetivo de este programa de optimización es maximizar el uso eficiente del espacio aéreo, a fin de lograr un sistema de gestión del tránsito aéreo inter-funcional, a disposición de todos los usuarios durante todas las fases del vuelo, que cumpla con los niveles convenidos de seguridad operacional, proporcione operaciones económicamente óptimas, sea sostenible en relación con el medio ambiente y satisfaga los requisitos nacionales de seguridad de la aviación.

El mencionado programa se realizará por fases y en seguimiento al plan de acción se realizó un estudio detallado de la red de rutas ATS SAM, con miras a elaborar la Versión 1 de de la red de rutas ATS. Esta tarea inicial fue realizada por dos expertos de la Región quienes elaboraron un documento donde se indican las Rutas ATS domésticas e internacionales que podrían ser eliminadas en función de su utilización, rutas “convencionales” que podrían ser eliminadas o sustituidas por rutas RNAV, las rutas RNAV que podrían ser realineadas en función de las SID y STARs de las principales TMAs de la Región, siendo su resultado una propuesta tentativa para la actualización de la red de rutas ATS que deberá ser revisada por los expertos de los Estados y usuarios del espacio aéreo.

El propósito del taller es entonces analizar por parte de expertos de los Estados SAM y usuarios del espacio aéreo la propuesta antes citada y de esa manera poder presentar para la Reunión SAM/IG/5 la Versión 1 de la Red de Rutas ATS para su validación. La agenda provisional con las notas explicativas, el programa y la Nota Informativa NI/01 que contiene información general para el taller aparecen en los **Adjuntos A, B y C** a esta carta.

De conformidad con lo expuesto, me es grato invitar a su administración a proponer participantes teniendo en consideración que la reservación de vacantes será atendida en orden de llegada de las solicitudes a esta Oficina Regional, hasta completar el cupo disponible. Por tal motivo, mucho estimaré se sirva comunicarme tan pronto como sea posible si su administración enviará participantes, remitiendo, de ser el caso, el formulario adjunto de candidatura debidamente completado (**Adjunto D**), de modo que se reciban en esta Oficina, no más tarde del **15 de febrero de 2010**.

En vista de lo anterior, su administración debería considerar las siguientes alternativas de financiamiento:

- a) Becas de un Proyecto OACI aprobado para su país.
- b) Becas con cargo a un Acuerdo de Fondos en Fideicomiso establecido con su administración.
- c) Una beca del Proyecto Regional RLA/06/901 para cada país/organización participante en este proyecto que no cuente con ninguna de las alternativas anteriores, de acuerdo con el orden de llegada de las solicitudes, debiendo la administración interesada proveer los pasajes de ida y vuelta.
- d) Recursos propios de su administración, en caso de no contar con ninguna de las posibilidades anteriores.

Acepte, distinguido señor, el testimonio de mi mayor consideración y estima.



**Franklin Hoyer**  
**Director Regional**  
**Oficina Sudamericana**  
**Lima**

Adj.

## APÉNDICE A

### TALLER DE OPTIMIZACIÓN DE LA RED DE RUTAS ATS SAM (SAM ATSRO)

(Lima, Perú, 1 al 5 de marzo de 2010)

#### AGENDA TENTATIVA

**Cuestión 1 del Orden del Día:**           **Revisión del Programa de Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región Sudamericana de la OACI**

En este Asunto la Reunión podrá revisar el Programa de Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región Sudamericana que fuera aprobado durante la Tercera Reunión del Grupo de Implantación de la Región SAM (SAMIG/3) mediante la conclusión **SAM/IG/3-1**. Asimismo, la Reunión tendrá la oportunidad de revisar el plan de acción asociado a dicho programa de optimización y de ser el caso introducir los cambios que estime oportuno.

**Cuestión 2 del Orden del Día:**           **Análisis de la propuesta para la modificación de la red de rutas ATS SAM**

La Reunión tendrá la oportunidad de revisar la Versión 01 de la Red de Rutas ATS SAM, la que fue desarrollada con la asistencia del Proyecto RLA 06/901, para atender al ítem 2.2.5 del Plan de Acción para la Optimización de la Red de Rutas ATS SAM, El estudio en cuestión utilizó como base la recopilación de datos de tráfico aéreo realizada por los Estados SAM, conforme previsto en la conclusión **SAM/IG/3-2**. Se espera que bajo la modalidad de taller los expertos participantes analicen las diferentes opciones presentadas y tomen las decisiones correspondientes y prepare una propuesta de enmienda a la red de rutas ATS, tomando en cuenta que el resultado de este trabajo será presentado en la Reunión SAMIG/5 para su validación e implantación por parte de los Estados de la Región Sudamericana.

**Cuestión 3 del Orden del Día:**           **Otros Asuntos**

En este asunto, la Reunión podrá revisar temas relacionados, que no han sido discutidos en las cuestiones del orden del día de la Reunión.

## ADJUNTO B

### TALLER DE OPTIMIZACIÓN DE LA RED DE RUTAS ATS SAM (SAM ATSRO)

(Lima, Perú, 1 al 5 de marzo de 2010)

#### PROGRAMA DE TRABAJO TENTATIVO

<b>Hora</b>	<b>Lunes 1 de marzo de 2010</b>	<b>Hora</b>	<b>Martes 2 de marzo de 2010</b>	<b>Miércoles 3 de marzo de 2010</b>	<b>Jueves 4 de marzo de 2010</b>	<b>Hora</b>	<b>Viernes 5 de marzo de 2010</b>
0830 0900	Registro de participantes						
0900 0915	- Reunión con Jefes de Delegación - Apertura del evento - Elección del Presidente y Vicepresidente	0900 1030	Grupos Ad Hoc	Grupos Ad Hoc	Revisión de los trabajos realizados por los Grupos Ad Hoc	0900 0930	Revisión del Informe
0915 0930	<i>Pausa para café</i>	1030 1045	<i>Pausa para café</i>	<i>Pausa para café</i>	<i>Pausa para café</i>	0930 1000	<i>Pausa para café</i>
0930 1230	Examen del Asunto 1	1045 1215	Grupos Ad Hoc	Grupos Ad Hoc	Revisión de los trabajos realizados por los Grupos Ad Hoc	1000 1130	Aprobación del Informe
1230 1315	<i>Pausa para café</i>	1215 1300	<i>Pausa para café</i>	<i>Pausa para café</i>	<i>Pausa para café</i>		
1315 1400	Examen del Asunto 2	1300 1400	Grupos Ad Hoc	Grupos Ad Hoc	Revisión de los trabajos realizados por los Grupos Ad Hoc	1130 1200	Clausura del Taller
1400 1500	Examen del Asunto 2	1400 1500	Grupos Ad Hoc	Grupos Ad Hoc	Examen del Asunto 3		

- FIN -

## ADJUNTO C



SAM ATSRO/1  
NI/01  
21/01/10

### ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL

#### Oficina Regional Sudamericana

#### TALLER DE OPTIMIZACIÓN DE LA RED DE RUTAS ATS SAM (SAM ATSRO)

(Lima, Perú, 1 al 5 de marzo de 2010)

#### INFORMACIÓN GENERAL

(Presentada por la Secretaría)

#### 1. Lugar y fecha del evento

El Taller de Optimización de la Red de Rutas ATS SAM (SAM ATSRO), que se celebrará en las instalaciones de la Oficina Regional de la OACI en Lima, Perú, del 1 al 5 de marzo de 2010. Sin embargo, si hubiera algún participante de habla inglesa, se le proporcionaría interpretación simultánea personalizada.

#### 2. Dirección de la Oficina Sudamericana de OACI

Av. Víctor Andrés Belaúnde No. 147  
Principal No.102  
Edificio Real 4, Piso 4  
Centro Empresarial Real, Torre Cuatro, Piso 4  
San Isidro, Lima (Ver mapa adjunto)  
Teléfono: +51 1 611-8686  
Fax: +51 1 611-8689  
E-mail: [mail@lima.icao.int](mailto:mail@lima.icao.int)

#### 3. Sesión inaugural

Lunes, 1 de marzo de 2010  
Registro de participantes: 08:30 – 09:00  
Apertura del evento: 09:00 – 09:15

#### **4. Idiomas y documentación**

Este evento se llevará a cabo en idioma español únicamente. La documentación del evento, tan pronto esté disponible, será publicada en la Página Web de la Oficina Regional SAM de la OACI: <http://www.lima.icao.int>. No se distribuirá documentación durante el evento.

#### **5. Registro de participantes**

Se requiere que los participantes se registren anticipadamente con la Oficina Regional SAM, enviando tan pronto como sea posible, la hoja de registro adjunta a esta nota informativa. Se efectuará un posterior registro en la mesa de registro del evento, de 08:30 a 09:00 a.m., durante el primer día del evento, para lo cual deberá llevar su hoja de registro debidamente completada. Asimismo, se solicita a los participantes a que utilicen el gafete que les será suministrado al registrarse.

#### **6. Temperatura**

La temperatura media en Lima durante el mes de marzo es de 19 a 26 °C aproximadamente. La humedad ambiental promedio es de 70%.

#### **7. Transporte hacia y desde el aeropuerto**

En el Aeropuerto Internacional Jorge Chávez hay servicio de taxis autorizado.

La tarifa hasta Miraflores o San Isidro (zona de los hoteles) y viceversa, es de aproximadamente US\$ 20.00. Se puede confirmar dicha tarifa en los mostradores en la acera de la salida internacional del Aeropuerto.

Tomando en consideración el incremento de asaltos contra viajeros en la ruta hacia y desde el aeropuerto, se recomienda las siguientes empresas de taxi:

Eurocar	Teléfono: +51 1 222-1010
	E-mail: <a href="mailto:ventas@eurocarperu.com">ventas@eurocarperu.com</a>
CMV Servicio Ejecutivo	Teléfono: +51 1 422-4838
	E-mail: <a href="mailto:cmv@exalmar.com.pe">cmv@exalmar.com.pe</a>

#### **8. Transporte hacia y desde el lugar del evento**

Los participantes deberán transportarse en taxi o caminando, según sea la ubicación del hotel seleccionado, desde el hotel a la Oficina Regional y viceversa.

En la ciudad existen taxistas independientes o informales, quienes, al no pertenecer a ninguna empresa, no brindan seguridad ni garantía. En caso de optar por un taxi informal, considere que usted se está exponiendo a un riesgo muy elevado.

Empresas recomendadas para traslados dentro de la ciudad:

Alo Taxi	+51 1 225-4355
Lima Remisse	+51 1 224-5529 / 99965-6639
Taxi Planet	+51 1 794-4864 / 781-7988
Tata Taxi	+51 1 274-5151

Taxi Real +51 1 470-6263 / 470-6203  
 Taxi Seguro +51 1 241-9292

**9. Hoteles sugeridos en Lima**

Las reservas de hotel deberán solicitarse directamente al hotel de su elección **con suficiente anticipación**. Debido a los múltiples eventos a ser realizados en Lima, los precios pueden variar, favor consultar al hotel de su preferencia.

Hotel	Dirección Address - Tel/Fax Página Web/ Website - Correo electrónico//E-mail	Simple US\$	Doble/ Double US\$
Swissôtel Lima*****	(A 50 mts de la Oficina/(50 mts away from the Office) Via Central 150, Centro Empresarial Real, San Isidro Tel: +51 1 611-4415 - Fax: +51 1 421-4360 E-Mail: <a href="mailto:elsa.aguirre@swisslim.com.pe">elsa.aguirre@swisslim.com.pe</a> Web: <a href="http://www.swissotel.com">http://www.swissotel.com</a> Tarifas sujetas al cargo de 19% de IGV y al 10% de servicios. Se puede exonerar del 19% si el pasajero es extranjero./Rates are subject to 19% Sales Tax and 10% Service Tax. Foreigners are exempted of 19% Sales Tax presenting the passport during check-in. Incluye desayuno buffet / Buffet breakfast included <b>Solicitar código OACI para reservas / Request ICAO code - corporate rate.</b>	Premier US\$ 190.00 Swiss Business Advantage US\$ 200.00 Swiss Executive US\$ 280.00  Todas las tarifas All rates + 10 %	Premier US\$ 200.00 Swiss Business Advantage US\$ 215.00 Swiss Executive US\$ 300.00  Todas las tarifas All rates + 10 %
El Pardo Doubletree Hotel ***** Miraflores	(distancia 10 minutos de la oficina, en taxi/ 10 minutes away from the office, by taxi) Jr. Independencia 141, Miraflores Tel: +51 1 617-1000 Fax. +51 1 444-2171 / 241-0039 Web Page: <a href="http://www.elpardodoubletree.com.pe/">http://www.elpardodoubletree.com.pe/</a> E-mail: <a href="mailto:pardohot@doubletreeelpardo.com.pe">pardohot@doubletreeelpardo.com.pe</a> Incluye desayuno buffet / Buffet breakfast included	US\$ 150.00 + 10%  (130.00 Cuando el evento es en el hotel)	US\$ 165.00 +10%  (145 cuando el evento es en el hotel)
Delfines Hotel & Casino ***** (Summit Hotels & Resorts)	(Distancia: 5 mins de la Oficina en taxi)/ distance 5 mins. away from the office by taxi) Calle Los Eucaliptos 555, San Isidro Tel: +51 1 215-7000 - Fax: +51 1 215-7073 Web Page: <a href="http://www-losdelfineshotel.com.pe">http://www-losdelfineshotel.com.pe</a> E-mail: <a href="mailto:reservas@losdelfineshotel.com.pe">reservas@losdelfineshotel.com.pe</a> Incluye desayuno buffet en Delphos Cafe / Buffet breakfast included at Delphos Cafe	Superior US\$ 145.00 Executive US\$ 170.00 +10%	Superior US\$ 165.00 Executive US\$ 190 +10%
Sonesta Hotel El Olivar *****	(a 3 cuadras de la Oficina/ 3 blocks away from the office) Pancho Fierro 194, San Isidro Tel +51 1 712-6060 - Fax +51 1 7126099 Web Page: <a href="http://www.sonesta.com">http://www.sonesta.com</a> E-mail: <a href="mailto:reservas@sonestaperu.com">reservas@sonestaperu.com</a> / <a href="mailto:mllaque@sonestaperu.com">mllaque@sonestaperu.com</a> Incluye desayuno buffet / Buffet breakfast included	US\$ 178.00 + 10%	US\$ 191.00 + 10%

<b>Hotel</b>	<b>Dirección Address - Tel/Fax Página Web/ Website - Correo electrónico//E-mail</b>	<b>Simple US\$</b>	<b>Doble/ Double US\$</b>
Hotel Suites del Bosque *****	(a 3 cuadras de la Oficina/ 3 blocks away from the office) Av. Paz Soldán 165, San Isidro Tel: +511 616 1818 / 616 2121 Web Page: www.suitesdelbosque.com E-mail: reservas@suitesdelbosque.com Incluye desayuno buffet e impuestos por servicios/ Includes breakfast buffet and service taxes	Suite Ejecutiva Estándar (Simple) Executive Suite (single) US\$ 110.00 + 10% Viernes y Sábado US\$100 + 10%	Suite Ejecutiva Estándar Doble Standard Exec. Suite (Double) US\$ 120.00 + 10% Viernes y Sábado US\$100 + 10%
Plaza del Bosque Apart Hotel *****	(a 3 cuadras de la Oficina/ 3 blocks away from the office) Av. Paz Soldán 190, San Isidro Tel: +51 1 616-1818 / 616-2121 Web Page: www.plazadelbosque.com E-mail: reservas@plazadelbosque.com Incluye desayuno buffet e impuestos por servicios/ Includes breakfast buffet and service taxes	Suite Ejecutiva Estándar (Simple) Executive Suite (single) US\$ 110.00 + 10% Viernes y Sábado US\$100 + 10% Suite Ejecutiva	Suite Ejecutiva Estándar Doble Standard Exec. Suite (Double) US\$ 120.00 + 10% Viernes y Sábado US\$100 + 10%
Los Tallanes Hotel Suites *****	(distancia 5 minutos de la oficina en taxi/ 5 minutes away from the office, by taxi) Av. Jorge Basadre 325, San Isidro Tel: +51 1 221-0001 - Fax: +51 1 222-5030 Web Page: www.hotel tallanes.com E-mail: mdurand@hotel tallanes.com.pe Incluye desayuno Americano/American breakfast incl.	Suite Ejecutiva Estándar (Simple) US\$ 140.00 + 10%	Suite Ejecutiva Estándar (Doble) US\$ 150.00 + 10%
Hotel José Antonio***	(distancia 10 minutos de la Oficina en taxi/ 10 minutes away from the Office by taxi) Av. 28 de Julio 398, Miraflores Tel: +51 1 445-7743 / 445-6870 Fax: +51 1 446-8295 Web Page: www.hotelesjoseantonio.com E-mail: ventas@hotelesjoseantonio.com Incluye desayuno buffet e impuestos por servicios/Includes buffet breakfast and service taxes	US\$ 90.00 Executive US\$ 100.00 10%	US\$ 100.00 Executive US\$ 120.00 + 10%
Hotel El Doral***	(distancia 10 minutos en taxi/the distance from the office is 10 minutes in taxi) Av. José Pardo 486, Miraflores Tel. +51 1 242-7799 Fax +51 1 446-8344 Web Page: http://www.eldoral.com.pe E-mail: aparthotel@eldoral.com.pe Incluye desayuno americano/ Includes American breakfast	US\$ 58.00 + 10%	US\$ 68.00 + 10%
NOVOTEL Lima *****	Distancia al frente de la Oficina/across the street Av. Victor Andrés Belaunde 198 San isidro Tel: +511 315 9924 / 315 9925 E-mail: h6339-re1@accor.com Incluye desayuno buffet/ Includes buffet breakfast and service taxes Check in 14 hrs - Check out 12 hrs.	US\$140.00 + 10%	US\$160.00 + 10%

Hotel	Dirección Address - Tel/Fax Página Web/ Website - Correo electrónico//E-mail	Simple US\$	Doble/ Double US\$
Lima Airport Inn	(distancia 10 minutos en taxi/the distance from the office is 10 minutes in taxi) Miguel Grau 191, Miraflores Tel.: +51 (1) 4474943 Fax: +51 (1) 4460267 E-mail: airport_inn@terra.com.pe Incluye desayuno continental/ Includes Continental breakfast	US\$35.00 + 10%	US\$45.00 + 10% Triple US\$60.00 + 10%

**Nota/Note:** Pasajeros extranjeros están exonerados del 19% de IGV previa presentación del pasaporte con el sello de ingreso al Perú al momento del check in en el hotel.  
Foreigners are exempted of 19% Sales Tax presenting the passport during check-in.

**10. Requisitos de pasaporte, visa y vacunas**

Para el ingreso al país, normalmente se exige pasaporte válido y visa, sin embargo, se sugiere verificar en la embajada o consulado del Perú sobre este requerimiento. Asimismo, se apreciará consultar si requiere de la vacuna contra la fiebre amarilla, o cualquier otra.

**11. Cambio de moneda y tarjetas de crédito**

La unidad de moneda en el Perú es el Nuevo Sol Peruano (S/.). El actual cambio de la moneda es equivalente a S/ 2.80 por US \$ 1.00.

Las tarjetas de crédito como American Express, Master Card, VISA, Diners Club, etc., son usualmente aceptadas en hoteles, tiendas y restaurantes. Los cheques viajeros deberían cambiarse en casas de cambio de moneda o bancos.

**12. Hospitales**

En el caso que sea necesario, la Clínica recomendada es la **Clínica Anglo Americana**, sita en Alfredo Salazar s/n, Miraflores, Tel: +51 1 616-8900.

**13. Teléfonos de contacto OACI**

Sr. Jorge Fernández, Oficial ATM/SAR, Oficina SAM .....224-9007  
(jfernandez@lima.icao.int)  
Sr. Alberto Orero, Oficial de Seguridad, Oficina SAM..... (casa) 264-3651  
(aorero@lima.icao.int).....(cel) 99676-0320 ó 99831\*5523

**14. Electricidad**

220 Voltios/60Hz.

**15. Impuesto de aeropuerto**

El impuesto de salida es de US\$ 31.00 dólares americanos.

## 16. Líneas aéreas

Se proporcionan los datos de las siguientes líneas aéreas, con el objeto de que puedan confirmar sus vuelos de regreso a su país:

Aerolíneas Argentinas.....	513-6565
Aeroméxico.....	705-1111
Air Canada.....	0800 52073
Air Comet.....	0800 52222
Alitalia.....	241-1026 / 241-8303
American Airlines.....	0800 40350 / 211-7000
Avianca.....	0800 51936
Continental Airlines.....	0800 70030 / 712-9230
Copa Airlines.....	610-0808
Delta Airlines.....	0800 4 3210 / 211-9211
Gol.....	0800 52917
Iberia.....	411-7801
KLM.....	213-0200
Lan.....	0801-11234 / 213-8200
Lloyd Aéreo Boliviano.....	444-0510 / 241-5210
Lufthansa.....	442-4455 / 444-4440
Mexicana de Aviación.....	610-6065 / 610-6066
Taca.....	511-8222

## 17. Información sobre Seguridad y Protección

Ante cualquier situación de emergencia, sírvase llamar al Oficial de Seguridad de la Oficina Regional Sudamericana de la OACI, Sr. Alberto Orero, tlf. 264-3651, Celulares 99676-0320 ó 99831\*5523, o bien al Centro de Operaciones del Departamento de Seguridad y Protección de las Naciones Unidas (UNDSS) del Perú:

### Asistencia 24 Horas, - 365 días

213 – 3220	Directo
213 – 3200	Ext. 1600
99757 – 1008	Celular

## 18. Recomendaciones generales en caso de sismo

La ciudad de Lima se encuentra ubicada en zona de sismos.

### Durante un sismo

- Mantenga la calma.
- Aléjese de las ventanas; no salga por los balcones; no utilice ascensores.
- Ubíquese en las zonas de seguridad internas previamente identificadas.
- Evacue el lugar solamente si las condiciones lo permiten, caso contrario, minimice sus movimientos.

### **Después de un sismo**

- a) Proceda a evacuar el lugar puesto que se pueden producir réplicas.
- b) La evacuación del lugar debe realizarse manteniendo la calma, en forma rápida y segura a través de las rutas que sean indicadas.
- c) Permanezca en el lugar de evacuación hasta tanto el equipo de seguridad del edificio en que se encuentre, verifique si existe riesgo en las instalaciones.

### **Salida de emergencia de las instalaciones de la OACI – Tercer y Cuarto Piso**

- a) Ubicada frente al área de ascensores, se encuentran dos escaleras para emergencias.
- b) Ambas escaleras finalizan en el primer piso del edificio, en el área de la entrada principal.
- c) Descienda las escaleras. No empuje ni corra; manténgase en fila siguiendo una sola dirección; hable lo menos posible.
- d) Salga del edificio para que la gente que vaya evacuando a continuación suyo tenga paso libre.
- e) Una vez afuera del edificio y con el mismo a su espalda, diríjase hacia su izquierda hacia el lugar de evacuación, que se encuentra cruzando la Avenida Víctor Andrés Belaúnde.
- f) En todo momento preste atención a las indicaciones que pudiera hacer el equipo de seguridad.
- g) Se le comunicará cuando pueda volver sin peligro a las instalaciones.

-----

**PLANO DE UBICACIÓN DE LA OFICINA REGIONAL SUDAMERICANA DE OACI EN LIMA, PERÚ/  
ICAO SOUTH AMERICAN REGIONAL OFFICE LOCATION MAP IN LIMA, PERU**

**Av. Víctor Andrés Belaúnde 147 - Edificio 4, Cuarto Piso, San Isidro**



Adjunto



ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL  
INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION

TALLER DE OPTIMIZACIÓN DE LA RED DE RUTAS ATS SAM (SAM ATSRO)

(Lima, Perú, 1 al 5 de marzo de 2010)

**FORMULARIO DE REGISTRO / REGISTRATION FORM**

1. Estado/*State*:  
Organismo/*Organization*:  
*n*:

\_\_\_\_\_

2. Nombre/  
*Name*:

\_\_\_\_\_

3. Cargo/*Position*:

\_\_\_\_\_

4. Participa como / *Participates as*:

Miembro/  
*Member*  Alternativo/  
*Deputy*  Delegado/  
*Delegate*  Observador/  
*Observer*  Ponente/  
*Lecturer*  Instructor/  
*Instructor*  Alumno/  
*Student*

5. Dirección oficial /  
*Business address*:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

7. Hotel o dirección en  
la ciudad/ *Hotel or*  
*local address*:

\_\_\_\_\_

8. Información de Vuelo llegada/ fecha/ hora/  
vuelo/ *Arrival flight/ date/ hour*:  
*Flight information*:

Vuelo salida/ fecha/ hora/  
*Departure flight/ date/ hour*:  
\_\_\_\_\_

Firma/  
*Signature*: \_\_\_\_\_

Fecha/ *Date*: \_\_\_\_\_



**INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION  
TECHNICAL ASSISTANCE BUREAU**

**GUIDE FOR THE COMPLETION OF ICAO FELLOWSHIP NOMINATION FORM**

*(This sheet should be detached by the originator prior to submitting the attached Fellowship Nomination Form to the local or regional UNDP Office for transmission to ICAO)*

It is in the interests of Governments to ensure that the attached Nomination Form is fully completed for each nominee in *original and two copies*. All Nomination Forms should be submitted to the local UNDP Resident Representative who will then forward three copies to the appropriate ICAO Regional Representative. Nomination Forms should be received at the ICAO Regional Office at least *six months prior* to the starting date of the proposed courses.

**PART I — NOMINATION BY GOVERNMENT**

Please note the following:

*Paragraph 1* should indicate the *main* field of training as specified in SECTION I — LIST OF TRAINING COURSES of the ICAO TRAINING DIRECTORY.

*Paragraph 2* should provide *specific* details as regards Host Countries, Training Institutes and Courses, e.g. Air Traffic Control — Aerodrome and Approach Control, Procedural; Aircraft Maintenance — Boeing 737 Air Frame and Powerplant Systems should be shown instead of general phrases such as ATC, Aircraft Maintenance, etc.

*Paragraph 4.* The objectives of the Fellowship should be stated concisely and accurately.

**PART II — NOMINEE'S PERSONAL HISTORY**

The technical and/or specialized training data is indispensable in the formulation of the Fellow's programme to indicate what prerequisite/basic or advanced course may have to be added/eliminated to achieve the optimum result. The employment data is also an essential ingredient in the formulation of the programme, as it helps to define the type and level of the requested training.

### **PART III — LANGUAGE TEST**

Unless a Fellow has had his/her academic education, especially High School and/or College, in the language of instruction to be used by the Host Countries proposed for the Fellowship, it is essential that a Language Test be administered at a certified Language School or at the local Embassy/Council of the Host Country to ascertain that the Fellow understands, reads, writes and speaks the instructional language sufficiently well to receive instruction in it.

### **PART IV-A and PART IV-B — MEDICAL REPORTS**

It is essential that a nominee be healthy and free of any sickness which may require further examination and/or treatment during the tenure of the Fellowship. ICAO/UNDP will not pay any medical expenses incurred by a Fellow for sicknesses existing prior to the starting date of his/her Fellowship. Such expenses must be borne by the Fellow and/or his/her Government. A prospective Fellow must be examined by a medical doctor recommended by the local UNDP Office. Flight Crew Members and Air Traffic Controllers should take a thorough medical examination (Part IV-B) as specified in ICAO Annex 1, Chapter 6, paragraph 6.6, if they are pursuing a course leading to the award of a licence. All others should take a general physical examination including a chest X-ray (Part IV-A).

## INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION FELLOWSHIP NOMINATION FORM

**NOTE:** This form is available in English, French and Spanish.  
Each item must be completed in full and all entries should be typewritten or written in block letters. The completed form should be forwarded in triplicate to ICAO through the Office of the UNDP Resident Representative for the country concerned at least six months prior to the starting date of the proposed programme. The UNDP Resident Representative will in turn forward the completed Form in triplicate to the appropriate ICAO Regional Representative.

### PART I – NOMINATION BY GOVERNMENT

The Government of \_\_\_\_\_ hereby:

1. Nominates: Mr./Mrs./Ms.\* \_\_\_\_\_  
(family name) (first name) (middle name)

for an ICAO fellowship in the field of \_\_\_\_\_  
(Please identify main Field of Training in accordance with the ICAO Training Directory, Section I – List of Training Courses)

2. Requests the following programmes of training under this fellowship:

(List in chronological sequence the various stages of training or study envisaged and identify the level as *ab initio*, advanced, refresher, further specialization, familiarization tour, on-the-job training (OJT), etc. If space is insufficient, please attach additional sheet using the same format.)

Host Country(ies)	Training Institute(s) (firms/organizations)	Specific Courses	Period		Duration (weeks)
			from	to	

Total duration

**NOTE:** The final fellowship study programme will be prepared by ICAO in consultation with the host countries and/or institutions, as the case may be. It may differ in detail, particularly regarding the duration of training and choice of host countries, from that requested. However, the objectives of the requested training programme will be respected by ICAO whenever possible.

\* delete that which is not applicable.

**INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION  
FELLOWSHIP NOMINATION FORM**

PART I – cont'd

3. Requests that this fellowship be financed under the following technical co-operation programme:  
(Check as appropriate and insert project number.)

- |                                                          |                    |                 |
|----------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> UNDP Country Programme          | Project No.: _____ | Post No.: _____ |
| <input type="checkbox"/> UNDP Regional Programme         | Project No.: _____ |                 |
| <input type="checkbox"/> UNDP Interregional Programme    | Project No.: _____ |                 |
| <input type="checkbox"/> Trust Funds agreement with ICAO | Project No.: _____ |                 |

4. Declares that the objectives of this fellowship are:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Agrees that it will/will not\* assume responsibility for the nominee's transportation costs to and from host country(ies)

6. Certifies that:

- a) The nominee is obligated to return to his/her country, on completion of the fellowship programme for duty assignment in civil aviation for a minimum period of \_\_\_\_\_ years.
- b) The nominee's employment status, rights, salary and seniority will not be adversely affected, during the period of his/her absence, under the fellowship.
- c) All sections of this Nomination Form have been duly completed and the Nominee is suitable for the proposed Training Programme.
- d) Nominee is/will be in possession of a valid passport which does not expire before the termination date of the Fellowship.

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Civil Aviation Authority

Name: \_\_\_\_\_  
(type or print)

Title: \_\_\_\_\_  
AFFIX OFFICIAL SEAL OR STAMP

**OBSERVATIONS BY ICAO PROJECT MANAGER/MISSION CHIEF**

I certify that all sections of this Nomination Form have been duly completed and the Nominee is suitable for the proposed Training Programme.

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\* delete that which is not applicable.

## INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION FELLOWSHIP NOMINATION FORM

PART II – NOMINEE'S PERSONAL HISTORY					
1. Name	2. Marital Status	3. Date of birth:			
4. Private address (for mailing purposes):					
5. Name and address of person to be notified in case of emergency (other than the government authorities):					
6. Language ability:					
a) Mother tongue _____					
b) Language/s used in Primary and Secondary school _____					
c) Other language/s of which nominee has a working knowledge _____					
d) Language/s to be used in proposed fellowship programme _____					
7. School education record:					
Name/Town/Country of School/s	Period		Grade completed and certificate acquired		
	from	to			
8. College/University education record:					
Name of college/university	Subject/s studied	Period		Degree/Dip. acquired	
		from	to		
9. Technical and/or specialized training record: (If you have graduated with a diploma or degree indicate under "subject/s studied" only the major subject/s studies. Otherwise indicate all the subjects studied.)					
Name and place of Training Institute	Subject/s studied	Period		Duration	Diploma/Cert. acquired
		from	to		

## INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION FELLOWSHIP NOMINATION FORM

PART II – cont'd

10. Employment record:  
 (Indicate last five years and/or two positions)

Employer (name of firm/org.)	Position last held	Period		Duties and Responsibilities
		from	to	

11. Nominee's statement:

- (i) I understand that the ICAO fellowship will not become effective and no travel can be undertaken until I receive written notification and instructions of the award from ICAO.
- (ii) Should I be awarded this fellowship I hereby undertake to:
  - a) Conduct myself, at all times, in a manner compatible with my status as holder of an ICAO fellowship;
  - b) Devote all my time during the fellowship programme to the successful pursuit of my studies as directed by ICAO and by the designated institution in the country of study;
  - c) Refrain from engaging in political, commercial, or any activities detrimental to the host country;
  - d) Submit reports, as required by ICAO and comply with all ICAO instructions; and
  - e) Return to my country, on termination of my fellowship programme, and to apply my newly acquired knowledge to further the development of civil aviation in my country.

I certify to the best of my knowledge that all the information given above is true in all respects.

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nominee's Signature

## INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION FELLOWSHIP NOMINATION FORM

### PART III — LANGUAGE TEST

NOTE: This test is only required if the language to be used during the proposed fellowship programme is different from the mother tongue of the nominee or from the language used in the Primary and Secondary schools where he/she acquired his/her basic education (see PART II — item 6). The test should be conducted by a school of language or university unless otherwise designated by ICAO to meet the requirements of the host country. The office of the UNDP Resident Representative or ICAO Technical Assistance Mission should be consulted in this regard.

Name of institution conducting the examination: \_\_\_\_\_

Nominee's name: Mr./Mrs./Miss\* \_\_\_\_\_

Language for which test was set: \_\_\_\_\_

### RESULTS

(Check as appropriate)

1. Understanding:

- a) Understands without difficulty when addressed at normal speed.
- b) Understands nearly everything at normal speed although occasional repetition may be necessary.
- c) Understands almost everything if addressed slowly and carefully.
- d) Requires frequent repetition and/or translation of words and phrases.
- e) Does not understand even the simplest conversation.

2. Speaking:

- a) Speaks fluently, accurately and is easily intelligible.
- b) Occasionally makes errors which do not, however, obscure meaning.
- c) Makes frequent errors which occasionally obscure meaning.
- d) Speaks with so much difficulty that comprehension is difficult.
- e) Errors in speech so severe as to make comprehension virtually impossible.

3. Reading:

- a) Reads fluently with full comprehension.
- b) Reads slowly but understands almost everything he/she reads.
- c) Reads with difficulty; often consults the dictionary.
- d) Cannot understand what he/she reads.

4. Writing:

- a) Writes with ease and accuracy.
- b) Writes with few mistakes; can be understood.
- c) Writes with difficulty and makes frequent mistakes.
- d) Cannot write.

### CONCLUDING REMARKS

Would this person be able to follow a technical course in this language?  Yes  No

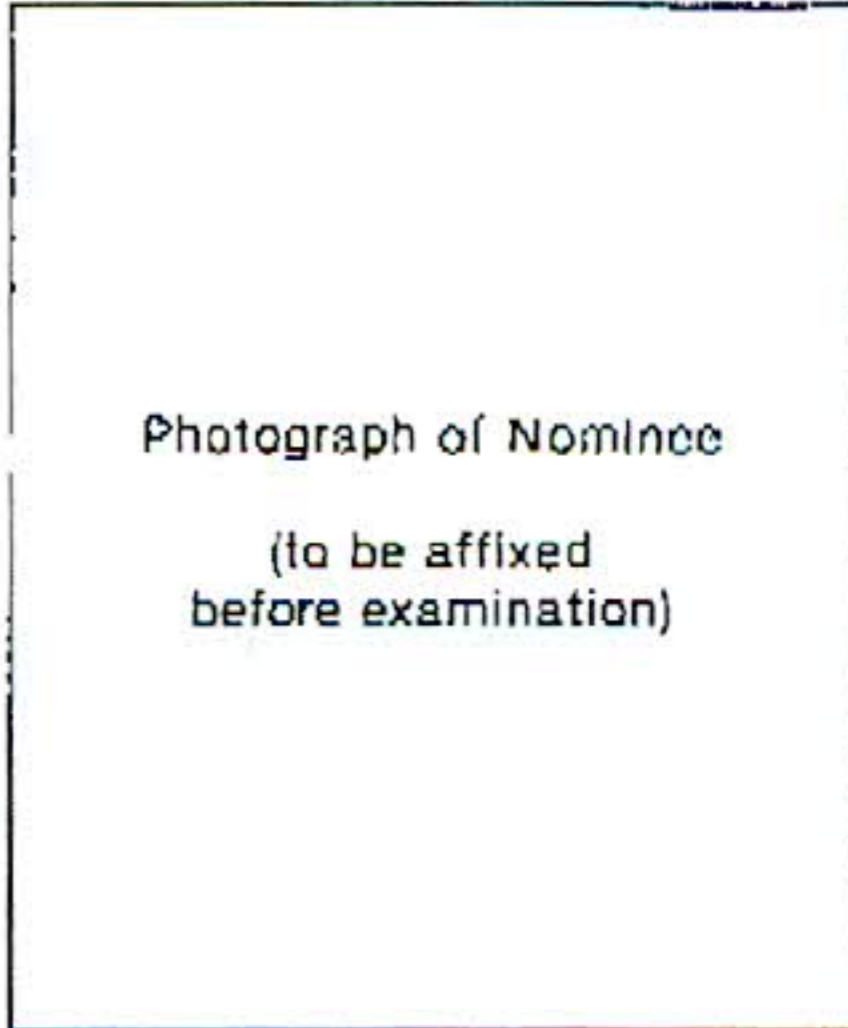
Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of examiner

Name: \_\_\_\_\_  
(type or print)

AFFIX OFFICIAL SEAL OR STAMP

\* delete that which is not applicable.



## INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION FELLOWSHIP NOMINATION FORM

### PART IV — A — MEDICAL REPORT

**NOTES:**

1. Flight Crew Members and Air Traffic Controllers who are to undergo training for the purpose of obtaining a licence in accordance with ICAO Annex 1 shall use the form in Part IV-B.
2. Every nominee must undergo a complete medical examination conducted by a registered medical practitioner, including thorough clinical and laboratory examinations and X-ray of the chest. Medical papers (examination, laboratory, X-ray results, etc.) should not be forwarded unless requested.

The undersigned, Dr. \_\_\_\_\_ having completed the medical examination of nominee Mr./Mrs./Miss\* \_\_\_\_\_ whose photograph appears above, certifies the following: (Check as appropriate)

**The Nominee:**

1. Is physically able to travel abroad .....
2. Is mentally and physically able to carry out intensive studies .....
3. Is free from Infectious diseases .....
4. Has good hearing .....
5. Has good eyesight .....
6. Is free from ailments that require treatment, or periodic medical examination during the proposed duration of the fellowship programme

Yes	No

Additional comments by Medical Practitioner:

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature of Medical Practitioner

AFFIX OFFICIAL SEAL OR STAMP  
 (to be affixed across photograph also)

\* delete that which is not applicable.

## INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION FELLOWSHIP NOMINATION FORM

**PART IV — B — MEDICAL REPORT**  
FOR FLIGHT CREW MEMBERS AND AIR TRAFFIC CONTROLLERS WHO ARE TO UNDERGO  
TRAINING FOR A LICENCE AS SPECIFIED IN ICAO ANNEX 1.  
THIS PAGE TO BE COMPLETED BY NOMINEE

Place and date of examination					
Full name		Nationality		Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Date of birth			Marital status		
Type of licence to be trained for:		Initial <input type="checkbox"/> ATCO <input type="checkbox"/>	PP <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>	Other	
Have you previously been examined for flight crew or air traffic control duties?		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If yes, where and when?		Were you declared: Fit <input type="checkbox"/> Unfit <input type="checkbox"/>
Has a "medical waiver" ever been issued to you?			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Flying time: Total		Last six months:			
Type of aircraft presently flown		jet <input type="checkbox"/>	prop <input type="checkbox"/>	helicopter <input type="checkbox"/>	
Have you had any aviation accidents?		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	If yes, elaborate under Remarks	
<b>MEDICAL HISTORY</b>					
Have you ever had or have you now any of the following: (elaborate yes answers under remarks)					
	yes	no		yes	no
Frequent or severe headaches			Nervous trouble of any kind		
Dizziness or fainting spells			Any drug or narcotic habit		
Unconsciousness for any reason			Excessive drinking habit		
Eye trouble except glasses			Attempted suicide		
Hay fever			Motion sickness requiring drugs		
Asthma			Rejection for life insurance		
Heart trouble			Admission to hospital in the last two years		
High or low blood pressure			Record of traffic convictions		
Stomach trouble			Record of other convictions		
Kidney stone or blood in urine			Gynaecological/Obstetrical conditions		
Sugar or albumen in urine			Other illnesses		
Epilepsy or fits			Are you in good physical and mental health as far as you know and believe		
Is there any family history of		Diabetes <input type="checkbox"/>	Cardiovascular disease <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>	
REMARKS					
<p><b>NOMINEE'S DECLARATION:</b> I hereby certify that all statements and answers provided by me in this examination form are complete and true to the best of my knowledge.</p>					
Signature of Nominee: _____				Date: _____	

## INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION FELLOWSHIP NOMINATION FORM

### PART IV — B cont'd.

(Every nominee must undergo a complete medical examination, conducted by a designated medical examiner, including thorough clinical and laboratory examinations and X-ray of the chest. Medical papers (examination, laboratory, X-ray results, etc.) should not be forwarded unless requested. THIS PAGE TO BE COMPLETED BY MEDICAL EXAMINER.)

Height	Weight	Build — Stender <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Heavy <input type="checkbox"/> Obese <input type="checkbox"/>						
		Normal	Abnormal		Normal	Abnormal		
Head, face, neck and scalp				Vascular system				
Nose				Abdomen and viscera (including hernia)				
Sinuses				Anus and rectum (haemorrhoids, fistula, prostate)				
Mouth and throat				Endocrine system				
Ears, general (int. & ext. canals)				G-U system				
Drums (perforation)				Upper and lower extremities (strength, range of motion)				
Eyes, general				Spine, other musculoskeletal				
Ophthalmoscopic				Identifying body marks, scars, tattoos				
Pupils (equality and reaction)				Skin and lymphatics				
Ocular motility (associated parallel movement, nystagmus)				Neurologic (tendon reflexes, equilibrium, sense, co-ordination, etc.)				
Lungs and chest (including breasts)				Psychiatric (specify any personality deviation)				
Heart (thrust, size, rhythm, sounds)				General systemic				
Blood pressure: Systolic	sitting	_____				Distant vision:		
Diastolic		_____					Right eye: 20/	corrected to 20/
Systolic	recumbent	_____				Left eye: 20/	corrected to 20/	
Diastolic		_____				Both eyes: 20/	corrected to 20/	
Pulse: Sitting		_____				Near vision	N Chart value:	
						Intermediate vision	N Chart value:	
							Normal	Abnormal
						Colour vision		

### LABORATORY EXAMINATIONS

Urinalysis:	Sugar	Albumen	Blood analysis:
	Microscopic		Hb Sedimentation Rate
ECG	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal

Summary (Abnormal findings, remarks and recommendations)

Nominee is/is not\* medically fit for flight crew/air traffic control\* duties.

#### MEDICAL EXAMINER'S DECLARATION

I hereby certify that I personally examined the applicant named on this medical examination report, and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

Date and place of examination

Aviation medical examiner's signature

NOTE: The above test has been conducted in accordance with the provisions detailed in Chapter VI of ICAO Annex 1 — Personnel Licensing.

\* delete that which is not applicable.