



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 2/6B.8 – SA5457  
LN 3/24.1

17 de septiembre de 2010

Para: Dr. Alejandro Agustín Granados, Administrador 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 del DECEA y Presidente CERNAI, Brasil  
Gral. de Brig. Aérea (A) José Huepe Pérez, Director General de Aeronáutica Civil, Chile  
Dr. Santiago Castro Gómez, Director General, UAEAC, Colombia  
Ing. Fernando Guerrero López, Director General de Aviación Civil, Ecuador  
Lic. Rafael E. Bárcenas Ch., Director General de la Autoridad Aeronáutica Civil, Panamá  
Abog. Nicanor Céspedes Céspedes, Presidente de la DINAC, Paraguay  
Sr. Ramón Gamarra Trujillo, Director General de Aeronáutica Civil, Perú  
Brig. Gral. (Av.) Dn. José C. Lupinacci, Director Nacional de la DINACIA, Uruguay  
Lic. José Luis Martínez Bravo, Presidente del INAC, Venezuela

Asunto: **RLA/06/901 - Seminario/Taller para la implantación del Sistema de Gestión de Calidad del servicio meteorológico aeronáutico (QMS/MET)**  
(Lima, Perú, 13 al 17 de diciembre de 2010)

Acciones

requeridas:

- a) **Tomar nota y nominar participantes antes del 20 de octubre de 2010.**
- b) **Preparar y enviar la documentación para el seminario/taller en lo posible no más tarde del 15 de noviembre de 2010.**

Distinguido(a) señor/a:

Tengo el honor de dirigirme a usted para informarle que, como parte del programa regular de la OACI, apoyado por el Proyecto Regional RLA/06/901, *Asistencia para la implantación de un Sistema Regional de ATM considerando el Concepto Operacional de ATM y el soporte de Tecnología en CNS correspondiente*, se ha dispuesto la realización del Seminario/Taller para la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad del servicio meteorológico aeronáutico (QMS/MET) en las instalaciones de esta Oficina Regional, en Lima, Perú, del 13 al 17 de diciembre de 2010.

Este evento tiene por objeto validar el borrador de la Guía QMS/MET, trazar la hoja de ruta para la implantación del QMS/MET y establecer una estrategia para apoyar a los Estados a través de los Puntos de Contacto (PDC) QMS/MET por ellos designados, para la implantación del referido sistema.

Para facilitar el desarrollo del seminario/taller, mucho le agradecería completar el *Cuestionario Pre-seminario/taller* incluido como **Apéndice A** y devolverlo a esta Oficina antes del **15 de noviembre de 2010**.

Asimismo, con el fin de cumplir con los objetivos del seminario/taller, es indispensable que los PDC QMS/MET lleven a cabo las siguientes actividades:

1. estar en permanente contacto con la Especialista Regional en Meteorología Aeronáutica de esta Oficina, Sra. Nohora Arias Fandiño ([narias@lima.icao.int](mailto:narias@lima.icao.int)), para las coordinaciones preparatorias del evento;
2. estudiar y analizar el borrador de la Guía con el personal que corresponda de las autoridades MET y de Aviación Civil y lo contrasten con los sistemas y documentos establecidos en su(s) organización(es);
3. proponer, de ser el caso, complementos y/o mejoras a la Guía QMS/MET;
4. en caso que el prestador del servicio MET no haya iniciado acciones para implantar el QMS/MET, adaptar la guía con la estructura organizacional nacional. Si ya tiene implantado el sistema, hacer una presentación de sus documentos;
5. identificar las debilidades de su organización para la implantación del QMS/MET. Estas debilidades pueden ser por falta de compromiso de la alta dirección, o de tipo: estructural, de recursos humanos (cantidad, calidad y competencias), metodológicas, de equipamiento e instalaciones MET, falta de recursos, etc.;
6. completar los registros que se enviarán oportunamente.

Me permito incluir el programa de actividades (**Apéndice B**), la información general relativa al evento (**Apéndice C**), el formulario de registro de los participantes (**Apéndice D**) y la lista de Puntos de Contacto QMS/MET de la Región SAM (**Apéndice E**), la cual le agradecería completar con la información del PDC de su país, en caso de no haberlo(s) designado(s) aún, y devolverla a esta Oficina no más tarde del **15 de noviembre de 2010**.

Me complace, por tanto, invitar a su administración a participar en este Seminario/Taller, comunicando a esta Oficina la relación de sus representantes, en lo posible no más tarde del **20 de octubre de 2010**, teniendo en cuenta las siguientes alternativas de financiamiento:

- a) becas de un Proyecto nacional de cooperación técnica de la OACI aprobado para su país;
- b) becas del Proyecto Regional RLA/06/901, disponiéndose de dos para cada Estado participante en este proyecto que no cuente con la alternativa anterior, debiendo la administración interesada proveer los pasajes de ida y vuelta; o

- c) recursos propios de su administración, en caso de no contar con ninguna de las posibilidades anteriores.

Con respecto a los participantes para quienes se requiera una beca, se incluye el formulario de candidatura para una beca de la OACI (**Apéndice F**) a ser completado y remitido a esta Oficina antes del **20 de octubre de 2010**.

La documentación del evento, así como el Borrador de la Guía QMS/MET, será publicada en la página Web de la Oficina Regional SAM de la OACI: <http://www.lima.icao.int>. No se tiene previsto distribuir documentación durante el desarrollo del evento, por lo que se recomienda que los participantes la porten impresa o en una computadora portátil.

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



**Franklin Hoyer**  
Director Regional  
Oficina Sudamericana de la OACI  
Lima

Adjs.

cc:

Sr. Daniel Horacio Movsesian, Dir. Nac. de Servicios de Navegación Aérea y Aeródromos, ANAC, Argentina  
Lic. Daniel Valente, Jefe de la Unidad de Relaciones Institucionales, ANAC, Argentina  
Dr. Héctor Horacio Ciappesoni, Interventor del Servicio Meteorológico Nacional de Argentina  
Cnel. Raúl Velasco, Director Ejecutivo Nacional, AASANA  
Sr. Bruno Silva Dalcolmo, Superintendente de Relaciones Internacionales, ANAC, Brasil  
Sr. José Dolabela Portela, Gerente de Coordinación con Organismos Internacionales, ANAC  
Sr. Jorge L. Orlandini, Encargado, Departamento RAI, Chile  
Sra. Myrna Araneda Fuentes, Dirección Meteorológica de Chile  
Cap. Rodrigo Yerovi de la Calle, Sub-Director General de Aviación Civil, Ecuador  
Sra. Sofía Cohen, Subdirectora General Técnica, Panamá  
Lic. Luciana Cairét, Departamento de Relaciones Internacionales, DINAC, Paraguay  
Lic. Julián Baez Benítez, Director, Dirección de Meteorología e Hidrología, DINAC, Paraguay  
Sr. Felipe Vallejo Leigh, Gerente General (e), CORPAC S.A., Perú  
Brig. Gral (R) Ariel Pérez, Director Nacional de Meteorología, Uruguay  
Sra. Mairyn Lizett González, Gerente General Oficina Relaciones Internacionales, Venezuela  
Cnel. José Márquez Ramírez, Jefe del Servicio de Meteorología de la Aviación, Venezuela  
Sr. Gerardo Meyer, Coordinador Internacional, Proyectos OACI, Perú  
Sr. Raúl Madrigal, Coordinador Internacional, Proyectos OACI, Venezuela

## APÉNDICE A

### SEMINARIO/TALLER SOBRE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LOS SERVICIOS METEOROLÓGICOS AERONÁUTICOS (QMS/MET)

(Lima, Perú, 13 al 17 de diciembre de 2010)

#### CUESTIONARIO PRE-SEMINARIO/TALLER

*Se ruega completar y responder el siguiente cuestionario, remitiendo la información a la Oficina Regional Sudamericana de la OACI, de modo que se reciba no más tarde del 15 de noviembre de 2010.*

**NOMBRE DE LA AUTORIDAD MET:** .....

**CARGO:** .....

**ORGANIZACIÓN:** .....

**ESTADO:** .....

#### **A: ACCIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO MET (QMS/MET)**

1. ¿Qué planes tiene su Estado para implantar el QMS/MET?
2. ¿Su Administración ha reservado una partida presupuestaria para la implantación del sistema?
3. ¿Su Administración ha designado un encargado para coordinar la implantación del sistema?
4. ¿Nombró su Administración un Equipo Central de calidad?
5. ¿Tiene su Administración firmada una Política de Calidad QMS/MET?
  - a) Sí
  - b) No

Si su respuesta es Sí, adjuntar una copia firmada;

Si su respuesta es No, ¿podría llevar una copia al Seminario/Taller?

6. ¿Se siguen los procesos administrativos documentados en los datos, productos y servicios MET y se han definido las personas responsables de estos procesos (dueños de los procesos)?
7. ¿Su Administración se reúne regularmente con los usuarios y las partes interesadas? ¿Tiene registros de su satisfacción con los servicios?
8. ¿Tiene su Administración acceso a toda la documentación y guías relevantes de la OACI y la OMM (Ej. Enmienda 75 del Anexo 3) y están actualizados estos documentos?

**B: ADMINISTRACIÓN**

1. En su Estado, ¿quién es la Autoridad Meteorológica de acuerdo con el párrafo 2.1.4 del Anexo 3 – *Servicio Meteorológico para la Navegación Aérea Internacional*?
2. ¿La Autoridad Meteorológica (SMN) tiene una carta de acuerdo y/o de servicio con la Autoridad de Aviación Civil y/o con algunos de los usuarios de su servicio?
3. ¿La Autoridad MET (SMN) de su Estado mantiene operativo un mecanismo que permita la recuperación de los costos de la implantación del QMS/MET y los costos de mantenimiento?

**C: OPERACIONAL**

1. ¿Se han instalado los instrumentos y equipos MET de acuerdo con las normas internacionales?
2. ¿Tienen registros del mantenimiento y calibración de los instrumentos MET?
3. ¿Cuál es el Centro Operativo Regional de Instrumentos MET que utilizan para la calibración de sus instrumentos? ¿Mantienen contacto regular?
4. ¿Tienen personal encargado de actualizar la documentación OACI y OMM?

**D: INSTRUCCIÓN**

1. ¿Los observadores y pronosticadores tienen formación y calificación de acuerdo con lo establecido en el Manual OMM No. 258?
2. ¿Tienen registros completos y actualizados de entrenamiento en el trabajo y cursos de actualización tomados por ellos?
3. Si su personal ha obtenido entrenamiento en el exterior, ¿tienen registros y certificados de los alumnos y de las instituciones de formación?

-----

## **APÉNDICE B**

### **SEMINARIO/TALLER SOBRE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LOS SERVICIOS METEOROLÓGICOS AERONÁUTICOS (QMS/MET)**

(Lima, Perú, 13 al 17 de diciembre de 2010)

#### **PROGRAMA DE ACTIVIDADES**

##### **Metodología**

Durante el desarrollo del taller, y bajo el enfoque del modelo de aprendizaje participativo, activo y vivencial, el participante será guiado de manera tutorial para validar los procesos y procedimientos establecidos en el borrador Guía QMS/MET con el fin de que obtenga el conocimiento de una estructura sólida para implantar un QMS/MET en su Estado.

##### **Sesiones**

Al inicio de las sesiones diarias el consultor a cargo hará una presentación de cada una de las partes del Borrador Guía QMS/MET, seguida de la presentación de la parte correspondiente por cada uno de los participantes, incluyendo análisis, debate y validación.

##### **Resultados esperados**

Se espera que durante el Seminario/Taller los participantes:

- a) discutan y validen los procesos y procedimientos establecidos en el borrador Guía QMS/MET desarrollado;
- b) procesen la información, consoliden los resultados de la discusión y validen los procesos y documentación desarrollada;
- c) desarrollen una hoja de ruta para la implantación del QMS/MET;
- d) regresen a sus Estados con el conocimiento de una estructura sólida para implantar el QMS/MET;  
y
- e) establezcan una estrategia de seguimiento a la hoja de ruta por internet, que sirva además como mecanismo para esclarecer dudas y dar respuesta a las consultas de los PDC QMS/MET, que puedan surgir durante la implantación del sistema.

-----

## APÉNDICE C

QMS MET-NI/01  
17/09/10



### **ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL Oficina Regional Sudamericana - Proyecto Regional RLA/06/901**

*Asistencia para la Implantación de un Sistema Regional de ATM considerando el concepto operacional de ATM y el soporte de tecnología en CNS correspondiente*

### **Seminario/Taller para la implantación del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio MET (QMS/MET)**

(Lima, Perú, 13 al 17 de diciembre de 2010)

---

### **INFORMACIÓN GENERAL**

(Nota informativa presentada por la Secretaría)

#### **1. Lugar y fechas del evento**

El Seminario/Taller para la implantación del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio MET (QMS/MET), se realizará en las instalaciones de la Oficina Regional Sudamericana de la OACI en Lima, Perú, del 13 al 17 de diciembre de 2010.

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

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

Se incluye plano de ubicación.

#### **3. Sesión inaugural**

Tendrá lugar el lunes 13 de diciembre de 2010, de 09:00 a 09:15 horas, en la sala de reuniones de la Oficina Regional Sudamericana de la OACI.

#### **4. Idiomas y documentación**

Este evento se realizará en español. La documentación, tan pronto esté disponible, se publicará 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 enviando a la Oficina SAM de la OACI, tan pronto como sea posible, la hoja de registro debidamente completada (distribuida como Apéndice D a la carta de convocatoria).

El lunes 13 de diciembre, de 08:30 a 09:00 horas, se verificará la inscripción de los participantes en la mesa de registro del evento y se les entregará el distintivo de identificación que deberán utilizar durante todo el tiempo de permanencia en las instalaciones de la Oficina.

## 6. Clima

La temperatura media en Lima durante el mes de diciembre fluctúa entre 16 y 24° C, con una humedad relativa del 80% aproximadamente.

## 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 esta tarifa en los mostradores en la acera de la salida internacional del Aeropuerto, que tiene registradas a las siguientes empresas de taxi:

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

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

Los participantes pueden transportarse en taxi o caminando, según sea la ubicación del hotel seleccionado, hacia la Oficina Regional Sudamericana de la OACI y viceversa.

En la ciudad existen taxistas independientes o informales que no pertenecen a ninguna empresa registrada, careciendo de respaldo en materia de seguridad y garantía. En caso de optar por un taxi informal, se debe considerar el alto riesgo al que se está expuesto.

Empresas recomendadas para traslados dentro de la ciudad:

Aló 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**

En la página Web de la Oficina Regional SAM de la OACI <http://www.lima.icao.int> se presenta una lista de hoteles cercanos con diferentes comodidades y precios. Los pasajeros extranjeros están exonerados del 19% de impuesto general a las ventas (IGV) previa presentación del pasaporte con el sello de ingreso al Perú al momento de registrarse en el hotel.

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

Para el ingreso al Perú normalmente se exige pasaporte válido y visa. Dependiendo de la procedencia de los viajeros, también se suele requerir un certificado de vacunación internacional, generalmente contra la fiebre amarilla. Se sugiere verificar con la debida anticipación sobre estos requisitos en la embajada o consulado del Perú más cercano.

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

La unidad de moneda en el Perú es el Nuevo Sol Peruano (S/). El tipo de cambio actual es de S/ 2.77 por US\$ 1.00.

Tarjetas de crédito como American Express, Master Card, VISA, Diners Club, etc., son usualmente aceptadas en hoteles, tiendas y restaurantes. Los cheques de viajero debieran hacerse efectivos en bancos y casas de cambio de moneda.

## **12. Atenciones de salud**

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

## **13. Teléfonos de contacto con la OACI**

Sra. Nohora Arias, Especialista MET, teléfono 654-0925  
([narias@lima.icao.int](mailto:narias@lima.icao.int))

Sr. Alberto Orero, Oficial de Seguridad, teléfono móvil 99831\*5523  
([aorero@lima.icao.int](mailto:aorero@lima.icao.int))

## **14. Electricidad**

220 Voltios/60Hz.

## **15. Tasa de aeropuerto**

La tasa de salida es de US\$ 31.00 dólares americanos.

## 16. Información sobre seguridad y protección

Ante cualquier situación de emergencia, se puede contactar al Oficial de Seguridad de la Oficina Regional Sudamericana de la OACI, Sr. Alberto Orero, Celular 99831\*5523, o bien al Centro de Operaciones del Departamento de Seguridad y Protección de las Naciones Unidas (UNDSS) en el Perú, con asistencia las 24 horas del día y durante los 365 días del año llamando a los siguientes teléfonos celulares: 99757- 1008 ó 99757-1003.

## 17. Recomendaciones generales en caso de sismo

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

### **Durante un sismo se recomienda:**

- a) Mantener la calma.
- b) Alejarse de las ventanas; no salir por los balcones; no utilizar ascensores.
- c) Ubicarse en las zonas de seguridad internas previamente identificadas.
- d) Evacuar el lugar solamente si las condiciones lo permiten, caso contrario, minimizar sus movimientos.

### **Después de un sismo:**

- a) Proceder a la evacuación del 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) Permanecer en el lugar de evacuación hasta tanto el equipo de seguridad del edificio verifique que no exista riesgo en las instalaciones.

### **Salida de emergencia de las instalaciones de la OACI – Tercer y cuarto pisos**

- a) Está ubicada frente al área de ascensores, hay dos escaleras para emergencias.
- b) Ambas escaleras finalizan en el primer piso del edificio, en el área de la entrada principal.
- c) Al descender por las escaleras se recomienda no empujar ni correr, sino mantenerse en fila siguiendo una sola dirección y hablando lo menos posible.
- d) Se debe salir del edificio para que la gente que venga a continuación tenga paso libre.
- e) Una vez fuera del edificio, dirigirse hacia la izquierda al lugar de concentración de los evacuados, cruzando la Avenida Víctor Andrés Belaúnde.
- f) En todo momento se debe prestar atención a las indicaciones que pudiera hacer el equipo de seguridad.
- g) Se comunicará cuándo es posible 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**



## APÉNDICE D



### ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL

#### PROYECTO REGIONAL RLA/06/901

#### SEMINARIO/TALLER SOBRE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LOS SERVICIOS METEOROLÓGICOS AERONÁUTICOS (QMS/MET)

(Lima, Perú, 13 al 17 de diciembre de 2010)

#### FORMULARIO DE REGISTRO

1. Estado/  
Organismo:

\_\_\_\_\_

2. Nombre:

\_\_\_\_\_

3. Cargo:

\_\_\_\_\_

4. Participa como:

Miembro

Alterno

Delegado

Observador

5. Dirección oficial:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

7. Hotel o dirección en la  
ciudad:

\_\_\_\_\_

8. Información de vuelo: Llegada/ fecha/ hora:

\_\_\_\_\_

Salida/ fecha/ hora:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## APÉNDICE E

### LISTA DE CONTACTO PARA LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD MET

#### SAM REGION/REGIÓN SAM

Nominado por	Nombre	Dirección Postal	Información de contacto
ARGENTINA	Jorge Oscar LEGUIZAMON	25 de Mayo 658 C1002ABN – Buenos Aires ARGENTINA	Tel: +5411 5167 6707 Fax: +5411 5167 6709 Cel/Móvil : Correo-e: jolegui@smn.gov.ar
BOLIVIA	Aníbal Castro Cárdenas	Av. Mcal. Santa Cruz No. 1278 Edif. Palacio de Comunicaciones 4to Piso La Paz, Bolivia	Tel: +5912 2379060 Int. 2621 Fax: +5912 2114465 Cel/Móvil: +5912 72046754 Correo-e: ancastro@dgac.gov.bo
	Roberto Catacora Fortunato	Calle Félix Reyes Ortiz No. 74 Edif. Fede Petrol Piso 6 La Paz, Bolivia	Tel: +5912 231 6686 Fax: +5912 231 6686 Cel/Móvil: +5912 70141789 Correo-e: catacora_roberto@hotmail.com
BRASIL	Maj Esp MET Artur Gonçalves Ferreira	DECEA Av. General Justo, 160 20.021-130 Centro Rio de Janeiro, RJ	Tel: +5521 2101 6540 Fax: +5521 2101 6198 Cel/Móvil: +5521 9877 2131 Correo-e: pln1.1@decea.intraer
CHILE	Sr. Rodrigo Fajardo Rossel	Av. Portales 3452 Estación Central Santiago, Chile	Tel: +562 4364542 Fax: Cel/Móvil: +562 79053711 Correo-e: rfajardo@meteochile.cl
COLOMBIA	Oscar Bermúdez Gracia	Aerocivil – Dirección de Servicios a la Navegación Aérea UAEAC	Tel: +57 1 2662257 Cel/Móvil: +57 3006508840 Correo-e: obermud@aerocivil.gov.co
	Franciso Hidalgo	IDEAM	Tel: +57 1 2662115 Cel/Móvil: +57 3208412377 Correo-e: fhidalgo@ideam.gov.co
GUYANA FRANCESA (Francia)	LIVENAIS Philippe	Aeroport de Rochambeau 97351 MATOURY French Guiana	Tel: +594 594 353541 Fax: +594 594 353545 Cel/Móvil: +594 694 214399 Correo-e: philippe.livenais@meteo.fr
GUYANA			Tel: Fax: Cel/Móvil: Correo-e:
PANAMÁ	Baldomero Thomas Jefe de Observatorio Meteorológico.	Autoridad Aeronáutica Civil P.O. Box 5448 Balboa Ancón Panamá, Rep. de Panamá	Tel: +507 238 2614 Fax: +507 501 9809 Cel/Móvil: +507 6775 0485 Correo-e: bthomas@aeronautica.gob.pa
PARAGUAY	Lic. Roberto Salinas Gerente de Normas y Fiscalización	Dirección de Meteorología e Hidrología – DMH - DINAC Mcal. López e/Vice Pte. Sánchez y 22 de septiembre Ministerio de Defensa Nacional, Piso 3, Asunción, Paraguay	Tel: +595 21 222139 Fax: +595 21 222139 Cel/Móvil: Correo-e: roberto.salinas@meteorologia.gov.py salinasrcs@gmail.com salinasrc@hotmail.com
PERÚ	Ing. Ricardo Reyes Távara Pronosticador Meteorólogo Área de Gestión de la Calidad ATS	CORPAC S.A. Aeropuerto Internacional Jorge Chávez Apartado 680. Callao 1 Lima, Perú.	Tel: +511 6301000 Anexo 3043 Fax: +511 4141440 Cel/Móvil: Correo-e: rreyes@corpac.gob.pe

Nominado por	Nombre	Dirección Postal	Información de contacto
	Juana Ravines Ruiz Inspectora de Nav. Aérea/Meteorología DGAC	Dirección General de Aeronáutica Civil – Min. de Transportes y Comunicaciones Jr. Zorritos N° 1203 Piso 6 “B”, Lima 1, Perú	Tel: +511 6157880 Fax: +511 6157881 Cel/Móvil: Correo-e: jravines@mintc.gob.pe
SURINAME	Maurice Duiker		Tel: +5970325279 Fax: +5970325206 Cel/Móvil: Correo-e: meteozan@yahoo.com mauriceduiker@hotmail.com
URUGUAY	Meteorólogo Gabriel Labrador Director de Meteorología Aeronáutica	Dirección de Meteorología Aeronáutica – Aeropuerto Internacional de Carrasco – Ruta 101 Km 19950 Código Postal 14001 Canelones, Uruguay	Tel: +598 2 6040154 / 6040299 Fax: +598 2 6049004 Cel/Móvil: -598 91006480 Correo-e: labradorgabriel@gmail.com
VENEZUELA			Tel: Fax: Cel/Móvil: Correo-e:



## ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN TÉCNICA

### GUÍA PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

*(El originador debe desechar esta hoja antes de enviar el formulario adjunto de candidatura para una beca a la oficina regional o local del PNUD, para que lo transmita a la OACI)*

Es de interés para los Gobiernos asegurarse que el formulario de candidatura adjunto se llene completamente respecto a cada candidato, *en un original y dos copias*. Todo formulario de candidatura debe presentarse al Representante Residente local del PNUD, quien enviará tres copias al correspondiente Representante Regional de la OACI. Los formularios de candidatura debieran recibirse en la Oficina Regional de la OACI por lo menos *seis meses* antes de la fecha de inicio de los cursos propuestos.

#### PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

Sírvase notar lo siguiente:

En el *párrafo 1* debe indicarse el campo de formación profesional *principal*, tal como se especifica en la SECCIÓN I – LISTA DE CURSOS DE INSTRUCCIÓN de la GUÍA DE LA OACI SOBRE INSTRUCCIÓN.

En el *párrafo 2* deben darse detalles específicos de los países y centros de instrucción donde se ofrecen los cursos, así como de los cursos mismos. Por ejemplo, se debe decir: Control de tránsito aéreo – control de aproximación y de aeródromo, procedimientos; Mantenimiento de aeronaves – célula y sistemas motopropulsores del Boeing 737, en lugar de frases de carácter general tales como ATC, mantenimiento de aeronaves, etc.

En el *párrafo 4* deben expresarse en forma concisa y exacta los objetivos perseguidos con la beca.

#### PARTE II – ANTECEDENTES DEL CANDIDATO

Los datos sobre la instrucción técnica y/o especializada recibida son indispensables para la formulación del programa de la beca para indicar qué cursos preliminares/básicos o avanzados habría que agregar/eliminar para lograr los mejores resultados. Los datos sobre empleo constituyen asimismo un elemento esencial para la formulación del programa, dado que ayudan a determinar el tipo y el nivel de la instrucción solicitada.

#### PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS

A menos que el candidato haya recibido su educación, especialmente media y/o preuniversitaria, en el idioma en que se dicta el curso en el país propuesto, es fundamental que pase con éxito un examen previo del idioma de que se trate, en una escuela de idiomas acreditada o ante la Embajada/Consulado local del país que ofrece el curso, para garantizar que el candidato comprenda, lea, escriba y sepa expresarse en el idioma en cuestión con suficiente fluidez para poder recibir instrucción en ese idioma.

*Sírvase consultar la información adicional que aparece al reverso*

#### **PARTE IV-A y PARTE IV-B – INFORMES MÉDICOS**

Es fundamental que el candidato goce de buena salud y que no tenga enfermedad alguna que pueda requerir más reconocimientos y/o tratamientos médicos durante el período de la beca. La OACI y el PNUD no sufragarán ningún gasto médico en el que haya incurrido un becario a causa de enfermedades que hubiera contraído con anterioridad a la fecha de iniciación de la beca. Dichos gastos debe sufragarlos el becario y/o su Gobierno. Todo candidato a una beca debe ser reconocido por un médico recomendado por la Oficina local del PNUD. Si los miembros de la tripulación de vuelo y controladores de tránsito aéreo van a seguir algún curso para conseguir una licencia, deben someterse a un reconocimiento médico completo (Parte IV-B) tal como prevé el Párrafo 6.6, Capítulo 6 del Anexo 1 de la OACI. Todos los demás candidatos deben someterse a un reconocimiento físico general, incluyendo una radiografía del tórax (Parte IV-A).



## ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

**NOTA:** Es necesario llenar cada una de las partes del formulario a máquina o con letras de imprenta. Una vez debidamente llenado se enviará a la OACI por triplicado, por intermedio de la oficina del Representante Residente del PNUD en el país interesado, con seis meses de anticipación, como mínimo, a la fecha de inicio del programa propuesto. El Representante Residente lo enviará, a su vez, por triplicado al correspondiente Representante Regional de la OACI.

### PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

El Gobierno de \_\_\_\_\_

1. Presenta la candidatura del/de la: Sr./Sra./Srta.\* \_\_\_\_\_  
(apellidos) (nombres)

para recibir una beca de la OACI en la esfera de \_\_\_\_\_  
(Identifíquese el campo de formación profesional principal de acuerdo con la *Guía de la OACI sobre instrucción*, Sección I - *Lista de cursos de instrucción*.)

2. Solicita la beca para el programa de instrucción siguiente:

(Enumérense por orden cronológico las distintas fases de instrucción o de estudio previstas especificando si el nivel es ab initio, avanzado, de repaso, de especialización adicional, gira de familiarización, instrucción en el empleo, etc. Si el espacio no es suficiente, adiciónese una hoja del mismo formato.)

País(es) donde se ofrece(n) el(los) curso(s)	Institución(es) docente(s) (empresas/organismos)	Cursos específicos	Período		Duración (en semanas)
			del	al	

Duración total

**NOTA:** El programa final de la beca será preparado por la OACI en consulta con los países o instituciones donde se ofrezcan los cursos, según sea el caso. Dicho programa podrá diferir del solicitado en cuanto a los detalles, especialmente en lo que se refiere a la duración de la instrucción y a la selección de los países donde se ofrecen los cursos. Sin embargo, siempre que sea posible, la OACI respetará los objetivos del programa de instrucción solicitado.

\_\_\_\_\_  
\*Táchese lo que no corresponda

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL  
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

**PARTE I – Cont.**

3. Solicita que la beca sea financiada en virtud del programa de cooperación técnica siguiente:  
(Señálese la casilla correspondiente e insértese el número del proyecto)

- |                          |   |                      |                    |
|--------------------------|---|----------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Programa nacional bajo el PNUD                          | Proyecto Núm.: _____ | Puesto Núm.: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Programa regional del PNUD                              | Proyecto Núm.: _____ |                    |
| <input type="checkbox"/> | Programa interregional del PNUD                         | Proyecto Núm.: _____ |                    |
| <input type="checkbox"/> | Acuerdo de fondos en fideicomiso concertado con la OACI | Proyecto Núm.: _____ |                    |

4. Declara que los objetivos de esta beca son los siguientes:

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

5. Conviene en que con respecto al transporte de ida y vuelta del candidato al país o a los países donde se ofrezcan los cursos.

- Se hará cargo de los gastos.  
 No se hará cargo de los gastos.

6. Certifica que:

- a) El candidato está obligado a regresar a su país al completar el programa de su beca, para ser asignado a desempeñar funciones en la aviación civil por un período mínimo de \_\_\_\_ años.
- b) La ausencia del candidato con motivo de la beca no influirá en forma desfavorable en la jerarquía, derechos, sueldo o antigüedad correspondiente a su empleo.
- c) Se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y el candidato está capacitado para seguir el programa de instrucción propuesto.
- d) El candidato tendrá un pasaporte válido que no expire antes de la fecha de terminación de la beca.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Autoridad de Aviación Civil

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(escrito a máquina o con letras de imprenta)

Título: \_\_\_\_\_  
(colóquese el sello o timbre oficial)

**OBSERVACIONES DEL DIRECTOR DEL PROYECTO O JEFE DE LA MISIÓN DE LA OACI**

Certifico que se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y que el candidato está capacitado para seguir el programa de instrucción propuesto.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL  
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE II - ANTECEDENTES DEL CANDIDATO

1. Nombre:	2. Estado civil:	3. Fecha de nacimiento:			
4. Domicilio (para la correspondencia): _____					
Teléfono _____ Correo-e _____					
5. Nombre y dirección de la persona a quien deberá notificarse en caso de emergencia (aparte de las autoridades estatales): _____					
Teléfono _____ Correo-e _____					
6. Idiomas que conoce:					
a) Idioma materno _____					
b) Idioma(s) utilizado(s) en sus estudios primarios y secundarios _____					
c) Otro(s) idioma(s) del cual (de los cuales) el candidato tiene un conocimiento práctico _____					
d) Idioma(s) que se utilizará(n) durante el programa propuesto para la beca _____					
7. Estudios primarios y secundarios:					
Nombre, ciudad y país de la institución	Período del	al	Curso terminado y certificado obtenido		
8. Instrucción superior y universitaria:					
(Si ha terminado Ud. ciertos estudios con un diploma o título indique en la columna de "asignaturas cursadas" únicamente las principales. En caso contrario, indíquense todas las asignaturas estudiadas.)					
Nombre de la escuela superior o universidad	Asignaturas cursadas	Período del	al	Título o diploma obtenido	
9. Instrucción técnica y de especialista:					
(Procédase al igual que con el apartado 8. Enumere y precise toda instrucción anterior que haya recibido mediante becas de estudios o de ampliación de estudios de la OACI)					
Nombre y lugar de la institución docente	Asignaturas cursadas	Período del	al	Duración (semanas)	Diploma o certificado obtenido

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL  
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

**PARTE II – Cont.**

10. Empleos  
(Indíquense los cargos ejercidos en los últimos cinco años, y/o los dos últimos cargos ejercidos)

Empleador (nombre de la empresa u organismo)	Último cargo ejercido	Período		Funciones
		del	al	

11. Declaración del candidato:

- i) No consideraré que la beca de la OACI me ha sido otorgada ni emprenderé ningún viaje hasta que reciba una notificación e instrucciones por escrito de la OACI al respecto.
- ii) En el caso de que se me otorgue la beca, por la presente me comprometo a:
  - a) comportarme en todo momento en forma compatible con mi condición de becario de la OACI;
  - b) dedicarme todo el tiempo, durante el período de la beca, a cumplir el programa de estudios en la forma que ordenen la OACI y el organismo correspondiente en el país de los estudios;
  - c) abstenerme de realizar actividades políticas, comerciales o de otra índole, perjudiciales para el país en el que estudie;
  - d) presentar los informes que me pida la OACI y cumplir todas las instrucciones que reciba de dicha Organización; y
  - e) regresar a mi país al término de los estudios previstos en la beca y emplear los nuevos conocimientos adquiridos en el fomento de la aviación civil en mi país.

Certifico que a mi leal saber y entender toda la información proporcionada es verdadera en todos los sentidos.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del candidato

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL  
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

**PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS**

Nota: Se exige este examen solamente si el idioma que se empleará durante el programa propuesto para la beca es distinto del idioma materno del candidato o del que utilizó en las escuelas primaria y secundaria, en que adquirió su instrucción básica (véase PARTE II – Inciso 6). El examen debería efectuarse en una escuela de idiomas, en una universidad o en la institución que designe la OACI para satisfacer los requisitos del país invitante. A este respecto debería consultarse la oficina del Representante Residente del PNUD o de la misión de cooperación técnica de la OACI.

Nombre de la institución encargada de realizar el examen: \_\_\_\_\_

Nombre del candidato: Sr./Sra./Srta.\*: \_\_\_\_\_

Idioma en el cual deberá pasar el examen: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS**

(Señálese lo que corresponda)

1. Comprensión:

- a) Lo comprende sin dificultad cuando se le habla con rapidez normal.
- b) Lo comprende casi todo a rapidez normal, aunque a veces es necesario repetírselo.
- c) Lo comprende casi todo si se le habla lentamente y con buena dicción.
- d) Es necesario repetirle o traducirle palabras y frases.
- e) No comprende siquiera la conversación más elemental.

2. Expresión:

- a) Lo habla perfectamente, con precisión y se le entiende fácilmente.
- b) A veces comete errores que no dificultan, sin embargo, la comprensión.
- c) Se equivoca con frecuencia y a veces se expresa confusamente.
- d) Habla con tanta dificultad que es difícil entenderle.
- e) Comete errores tan importantes al hablar que es prácticamente imposible entenderle.

3. Lectura:

- a) Lee y entiende perfectamente.
- b) Lee lentamente, pero lo entiende casi todo.
- c) Lee con dificultad y tiene que consultar a menudo el diccionario.
- d) No entiende lo que lee.

4. Escritura:

- a) Escribe fácilmente y con precisión.
- b) Escribe con algunas faltas, pero se le puede entender.
- c) Escribe con dificultad y se equivoca con frecuencia.
- d) No sabe escribirlo.

**CONCLUSIONES**

¿Podría el candidato seguir un curso técnico en dicho idioma?  Sí  No

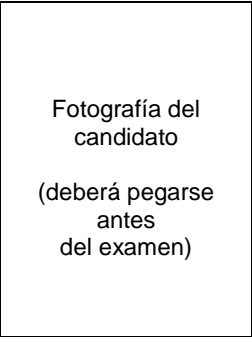
Fecha : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del examinador

Nombre: \_\_\_\_\_  
(a máquina o con letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(colóquese el sello o timbre oficial)

\*Táchese lo que no corresponda



**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL  
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

**PARTE IV - A – INFORME MÉDICO**

Notas:

- 1. Los tripulantes y los controladores de tránsito aéreo que vayan a seguir cursos para conseguir alguna licencia de acuerdo con el Anexo 1, deben usar la Parte IV-B del formulario.
- 2. Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, con inclusión de análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse los documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.), a no ser que se pidan.

El que suscribe, Dr. \_\_\_\_\_ después de haber completado el examen clínico del/de la: Sr./Sra./Srta.\* \_\_\_\_\_ cuya fotografía aparece en esta página, certifica lo siguiente:

(Señálese lo que corresponda)

El candidato:

- 1. ¿Está en condiciones físicas de viajar al extranjero? \_\_\_\_\_
- 2. ¿Está, física y mentalmente, en condiciones de realizar un estudio intensivo? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Está libre de cualquier enfermedad contagiosa? \_\_\_\_\_
- 4. ¿Es bueno su oído? \_\_\_\_\_
- 5. ¿Es buena su vista? \_\_\_\_\_
- 6. ¿Está libre de enfermedades que requerirían tratamientos o reconocimientos médicos periódicos durante la duración propuesta del programa de la beca? \_\_\_\_\_

Sí	No

Otras observaciones del médico:

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
\*Táchese lo que no corresponda

Colóquese el sello o timbre oficial  
(también sobre la fotografía)

## ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

<b>PARTE IV - B – INFORME MÉDICO</b>																																																																																			
PARA LOS MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN Y CONTROLADORES DE TRÁNSITO AÉREO QUE VAYAN A SEGUIR CURSOS PARA CONSEGUIR ALGUNA LICENCIA DE ACUERDO CON EL ANEXO 1 DE LA OACI																																																																																			
ESTA PÁGINA DEBERÁ LLENARLA EL CANDIDATO																																																																																			
Lugar y fecha del examen																																																																																			
Nombres y apellidos		Nacionalidad		Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
Fecha de nacimiento			Estado civil																																																																																
Trata de obtener una licencia: Inicial <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> De otro tipo:																																																																																			
ATCO <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>																																																																																			
¿Ha sido usted sometido anteriormente a reconocimiento médico para ejercer de tripulante o algún cargo de control de tránsito aéreo?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo?																																																																														
				Fue declarado:  Apto <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/>																																																																															
¿Se le ha expedido a Ud. alguna vez una dispensa médica?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																																																																														
Horas de vuelo: Total		Últimos seis meses:																																																																																	
Tipo de aeronave en que presta actualmente sus servicios		Reactor <input type="checkbox"/>	De motor alternativo <input type="checkbox"/>	Helicóptero <input type="checkbox"/>																																																																															
¿Ha sufrido Ud. algún accidente de aviación?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, dé los detalles pertinentes en el apartado de "Observaciones".																																																																															
<p><b>ANTECEDENTES MÉDICOS</b> ¿Ha experimentado alguna vez o experimenta actualmente, algunos de los casos siguientes?: (con respecto a las respuestas afirmativas, dense detalles en el apartado de Observaciones)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor de cabeza frecuente o fuerte</td> <td></td> <td></td> <td>Trastornos nerviosos de cualquier clase</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vértigo o desvanecimiento</td> <td></td> <td></td> <td>Consumo habitual de drogas o estupefacientes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pérdida del conocimiento por cualquier causa</td> <td></td> <td></td> <td>Consumo excesivo de bebidas alcohólicas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas</td> <td></td> <td></td> <td>Intento de suicidio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fiebre del heno</td> <td></td> <td></td> <td>Mareo debido al movimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td></td> <td></td> <td>Rechazado para un seguro de vida</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trastornos cardiacos</td> <td></td> <td></td> <td>Hospitalizado en los últimos dos años</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta o baja</td> <td></td> <td></td> <td>Condenas por delitos automovilísticos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Problemas estomacales</td> <td></td> <td></td> <td>Condenas por otros conceptos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cálculos en el riñón o sangre en la orina</td> <td></td> <td></td> <td>Condiciones ginecológicas y obstétricas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Azúcar o albúmina en la orina</td> <td></td> <td></td> <td>Otras enfermedades</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Epilepsia o ataques</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cree Ud. gozar de buena salud física y mental?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Sí	No		Sí	No	Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Trastornos nerviosos de cualquier clase			Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes			Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas			Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas			Intento de suicidio			Fiebre del heno			Mareo debido al movimiento			Asma			Rechazado para un seguro de vida			Trastornos cardiacos			Hospitalizado en los últimos dos años			Presión arterial alta o baja			Condenas por delitos automovilísticos			Problemas estomacales			Condenas por otros conceptos			Cálculos en el riñón o sangre en la orina			Condiciones ginecológicas y obstétricas			Azúcar o albúmina en la orina			Otras enfermedades			Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. gozar de buena salud física y mental?		
	Sí	No		Sí	No																																																																														
Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Trastornos nerviosos de cualquier clase																																																																																
Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes																																																																																
Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas																																																																																
Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas			Intento de suicidio																																																																																
Fiebre del heno			Mareo debido al movimiento																																																																																
Asma			Rechazado para un seguro de vida																																																																																
Trastornos cardiacos			Hospitalizado en los últimos dos años																																																																																
Presión arterial alta o baja			Condenas por delitos automovilísticos																																																																																
Problemas estomacales			Condenas por otros conceptos																																																																																
Cálculos en el riñón o sangre en la orina			Condiciones ginecológicas y obstétricas																																																																																
Azúcar o albúmina en la orina			Otras enfermedades																																																																																
Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. gozar de buena salud física y mental?																																																																																
¿Hay algún antecedente familiar de:		Diabetes <input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>																																																																															
OBSERVACIONES																																																																																			
<p>DECLARACIÓN DEL CANDIDATO: Certifico que todo lo declarado y respondido en este formulario de reconocimiento constituye toda la verdad a mi leal saber y entender.</p>																																																																																			
Firma del candidato: _____			Fecha: _____																																																																																

## ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

### PARTE IV - B - Cont.

Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, incluso análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.) a no ser que se pidan. **ESTA PÁGINA DEBERÁ LLENARLA EL MÉDICO QUE EFECTÚE EL RECONOCIMIENTO**

Estatura	Peso	Compleción:	Delgado <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Lleno <input type="checkbox"/>	Obeso <input type="checkbox"/>
			Normal	Anormal		
Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo					Sistema vascular	Normal
Nariz					Abdomen y vísceras (incluso hernia)	
Senos paranasales					Ano y recto (hemorroides, fístulas, próstata)	
Boca y garganta					Sistema endocrino	
Oídos en general (canales interno y externo)					Sistema génito-urinario	
Tímpanos (perforación)					Extremidades superiores e inferiores (fuerza, amplitud de movimientos)	
Ojos en general					Columna vertebral y otras condiciones músculo-esqueléticas	
Examen oftalmoscópico					Señales corporales, cicatrices y tatuajes	
Pupilas (diámetro, igualdad y reacción)					Piel y sistema linfático	
Motilidad ocular (movimiento paralelo asociado, nistagmo)					Examen neurológico (reflejos tendinosos, sentido del equilibrio, coordinación, etc.)	
Pulmones y tórax (incluso los senos)					Examen siquiátrico (indíquese cualquier alteración de la personalidad)	
Corazón (impulso apical, ritmo, tonos)					Examen general de los sistemas	

Presión arterial	Sistólica	} sentado			Agudeza visual lejana:		
	Diastólica				Ojo derecho:	20/	Corregida a 20/
	Sistólica	} reclinado			Ojo izquierdo:	20/	Corregida a 20/
	Diastólica			Ambos ojos:	20/	Corregida a 20/	
Pulso sentado					Agudeza visual cercana	Valor de la tabla N:	
					Agudeza visual intermedia	Valor de la tabla N:	

	Conversación	Murmullo	Audiometría				
Oído			500 1000 2000			Normal	Anormal
Oído derecho	pies	pies	3000	Pérdida en dB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agudeza visual en color	
Oído izquierdo	pies	pies		Pérdida en dB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				Pérdida en dB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

#### ANÁLISIS DE LABORATORIO

Análisis de orina:	Azúcar	Albúmina	Análisis de sangre:	Hemoglobina
	Análisis microscópico		Índice de heritrosedimentación	
ECG	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	Radiografía del tórax	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

Resumen (Anormalidades encontradas, observaciones y recomendaciones)

El candidato está/no está \* físicamente capacitado para las labores de tripulante/control de tránsito aéreo.\*

#### DECLARACIÓN DEL MÉDICO QUE HA EFECTUADO EL RECONOCIMIENTO

Certifico que he reconocido personalmente al aspirante nombrado en el presente informe de reconocimiento médico y que dicho informe, junto con sus anexos, revelan fielmente los resultados del examen.

Fecha y lugar del examen	Firma del médico de aviación que ha practicado el examen
--------------------------	--

NOTA: El reconocimiento anterior ha sido practicado de acuerdo con las disposiciones detalladas del Capítulo 6 del Anexo 1 de la OACI – *Licencias al personal*

\*Táchese lo que no corresponda