



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.51-SA419

Lima, 22 de agosto de 2014

Para: Dr. Alejandro Agustín Granados, Administrador Nacional, ANAC, Argentina
Gral. Luis Coímbra Busch, Director Ejecutivo (a.i.), DGAC, Estado Plurinacional de Bolivia
Sr. Marcelo Pacheco dos Guaranys, Director-Presidente, ANAC, Brasil
Ten. Brig. do Ar Rafael Rodrigues Filho, Director General del DECEA y Presidente CERNAL, Brasil
General de Brigada Aérea (A) Rolando I. Mercado Zamora, Director General, DGAC, Chile
Dr. Gustavo Alberto Lenis Steffens, Director General UAEAC, Colombia
Capt. Roberto Yerovi de la Calle, Director General, DGAC, Ecuador
Ing. Alfredo Fonseca Mora, Director General de la AAC, República de Panamá
Dr. Luis Manuel Aguirre, Presidente de la DINAC, Paraguay
Sr. Javier Hurtado Gutiérrez, Director General (e), DGAC, Perú
Brig. Gral. (Av.) Antonio Alarcón, Director Nacional, DINACIA, Uruguay
Lic. Pedro Alberto González Díaz, Presidente del INAC, República Bolivariana de Venezuela

Asunto: **RLA/06/901 – Sexta Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región SAM - SAM ATSRO/6**
(Lima, Perú, del 27 al 30 de octubre de 2014)

Tramitación: Tomar nota y nominar participantes. Favor confirmar participación **antes del 26 de septiembre de 2014**

Distinguido señor/señora:

Tengo el honor de dirigirle la presente para invitar a su Administración a participar en la Sexta Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región SAM (SAM ATSRO/6), a celebrarse en Lima, Perú, del 27 al 30 de octubre de 2014, con el auspicio del 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 comunicaciones, navegación y vigilancia (CNS)”.

El propósito principal de esta reunión es la evaluación del estudio sobre la Versión 3 de la Red de Rutas SAM, que será desarrollado por un grupo de expertos contratados por el Proyecto RLA/06/901 y realizado con base a los conceptos de espacio aéreo PBN de las principales TMA Sudamericanas, resultados de los Talleres PBN/1 y 2 (Bogotá, Colombia, mayo 2014 y Lima, Perú, septiembre 2014, respectivamente).

Asimismo, a la luz de los actuales proyectos de la aplicación de la PBN en los espacios aéreos de las Áreas Terminales de los Estados, se re-evaluará la viabilidad de las Rutas propuestas en la Versión 2, Etapa 2.

Se requiere que los delegados sean expertos, planificadores y/o especialistas de Gestión del Tránsito Aéreo (ATM) de las Administraciones de Aviación Civil y/o proveedores de servicios ATS, directamente involucrados en el diseño y optimización del espacio aéreo en Rutas, SID y STAR RNAV dentro del concepto PBN.

La descripción de la Reunión se incluye como **Adjunto A**. Le remito asimismo información general relativa al evento (**Adjunto B**). La agenda tentativa a ser tratada durante la reunión, notas explicativas y horario pertinente serán enviados oportunamente.

De conformidad con lo expuesto, me es grato invitar a su Administración a proponer participantes a esta reunión, remitiendo, de ser el caso, a esta Oficina Regional (icaosam@icao.int) el formulario de registro adjunto (**Adjunto C**), debidamente completado para cada delegado, hasta el **26 de septiembre de 2014**.

Este evento es posible gracias al aporte de su Estado al Proyecto Regional RLA/06/901, teniendo en cuenta que parte de la cuota anual que se ha enviado a la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) cuenta con un rubro establecido para tal fin.

Cabe indicar asimismo, que los Estados que desean asistir, podrían hacer uso de las siguientes alternativas de financiamiento:

- a) Becas de un Proyecto Nacional de cooperación técnica de la OACI aprobado para su país;
- c) Becas del Proyecto Regional RLA/06/901, disponiéndose de una 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
- d) Recursos propios de su administración, en caso de no contar con ninguna de las posibilidades anteriores.

Para los participantes que requieran una beca, se incluye el *Formulario de Candidatura para una Beca* de la OACI (**Adjunto D**) a ser completado y remitido a esta Oficina con la mayor anticipación posible, en todo caso, hasta el **26 de septiembre de 2014**.

La Reunión se llevará a cabo en español y se proporcionará interpretación simultánea al inglés si se registran a tiempo suficientes participantes de este idioma. La documentación respectiva estará publicada en la Página web de la Oficina Regional SAM de la OACI: http://www.icao.int/SAM/Pages/ES/meetings_ES.aspx. No se tiene previsto distribuir documentación durante el desarrollo del evento.

Los señores Julio de Souza Pereira, Oficial Regional SAM ATM/SAR (jpereira@icao.int) y Roberto Arca, Oficial Regional SAM ATM/SAR/AIM (arca@icao.int) están a su disposición en caso de requerir alguna información adicional sobre esta reunión.

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



Franklin Hoyer
Director Regional
Oficina Sudamericana de la OACI
Lima

Adjunto
Lo indicado

cc: Brig. José Alberto Palermo, Director General de Control de Tránsito Aéreo, Argentina
Dra. Gabriela Logatto, Directora Nacional de Inspección de Navegación Aérea, ANAC, Argentina
Dr. Manuel Baladrón, Subsecretario de Transporte Aerocomercial, STA, Argentina
Cnel. Raúl Velasco, Director Ejecutivo Nacional, AASANA, Estado Plurinacional de Bolivia
Sr. Bruno Silva Dalcolmo Superintendente de Relaciones Internacionales, ANAC, Brasil
Sr. Daniel Vieira Soares, Gerente Técnico de Coordinación con Organizaciones Int., GCOI, ANAC, Brasil
Sr. Luis Rossi, Encargado de la Sección RAI, DGAC, Chile
Cnel. Alfonso Lozano Ariza, Subdirector General, UAEAC, Colombia
Dra. Ana Isabel Mosquera Dupont, Jefe del Grupo de Proyectos Internacionales, UAEAC, Colombia
Ing. Byron Carrión, Subdirector General de Aviación (e), DGAC, Ecuador
Ing. Henry Stec, Jefe de Misión de la AAC, Panamá
Lic. Luciana Cairét, Dirección de Relaciones Internacionales, DINAC, Paraguay
Sr. Pablo Varela Orrego, Asesor Asuntos OACI, DGAC, Perú
Sr. Dhenis Cabrera Garrido, Gerente General (e), CORPAC S.A., Perú
Lic. Pedro Arroyo, Gerente General, Oficina Relaciones Internacionales, INAC, República Bolivariana de Venezuela
Sr. Carlos Cirilo, Director Regional Seguridad y Operaciones de vuelo, IATA
Sr. Eduardo Iglesias, Director Ejecutivo, ALTA
Cap. Mario Wilson, VP/SAM Norte, IFALPA
Cap. Alejandro López Camelo, VP/SAM Sur, IFALPA
Sr. Cedric Murrell, Vicepresidente Ejecutivo, IFATCA Américas



Proyecto	Título del evento				Nomenclatura OACI
RLA/06/901	Sexta Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región SAM (SAM ATSRO/6), a celebrarse en Lima, Perú, del 27 al 30 de octubre de 2014)				056 ATC PLN
Duración (días calendario)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Fecha de cierre de inscripciones	Idioma(s)	Arancel USD
4	27 de octubre de 2014	30 de octubre de 2014	26 de septiembre de 2014	Español / Inglés	---
Horario de clases	Plazas mínimas	Plazas máximas			
08:30 – 15:30	12	40			
Objetivo	Evaluar el estudio sobre la Versión 3 de la Red de Rutas SAM, que será desarrollado por un grupo de expertos contratados por el Proyecto RLA/06/901 y realizado con base a los conceptos de espacio aéreo PBN de las principales TMA Sudamericanas, resultados de los Talleres PBN/1 y 2.				
A quiénes está dirigido	Dirigido a expertos, planificadores y/o especialistas de Gestión del Tránsito Aéreo (ATM) de las Administraciones de Aviación Civil y/o proveedores de servicios ATS, directamente involucrados en el diseño y optimización del espacio aéreo en Rutas, SID y STAR RNAV dentro del concepto PBN. Evaluación de Rutas pendientes de la Versión 2, Etapa 2.				
Contenido	<p>Revisión del Programa de Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región Sudamericana de la OACI y continuar con la implantación de la Versión 03 de la red de rutas. Coordinar la re-estructuración de la red de rutas pendientes de la Versión 02, buscándose la integración completa entre las rutas ATS, sectores de control, los puntos de entrada y salida de las principales TMA, con el empleo del Concepto de Uso Flexible del Espacio Aéreo y las técnicas de diseño PBN. Asimismo, los participantes tendrán la oportunidad de revisar el plan de acción asociado a dicho programa de optimización y de ser el caso introducir los cambios que estimen oportunos.</p> <p>También serán analizados asuntos que están relacionados con el uso Flexible del Espacio Aéreo (FUA) y se informará de las técnicas básicas PBN para el diseño de espacio aéreo. Finalmente, los Estados participantes de la Reunión que aún no lo han hecho, deben suministrar los puntos de entrada y salida de las principales TMA de sus Estados en la Región SAM.</p>				
Presentación de los participantes	Fecha	Hora	Lugar	Personas de contacto	
	27/10/14	08:30	Oficina Regional Sudamericana de la OACI, sala de reuniones del 4° piso ubicada en Av. Víctor Andrés Belaúnde 147, Centro Empresarial Real, Vía Principal N° 102, Edificio Real 4, piso 4, San Isidro, Lima 27, Perú.	<p>Sr. Julio de Souza Pereira, especialista ATM/SAR Telf. (511) 611 8686, ext. 104</p> <p>Sr. Roberto Arca, Especialista ATM/SAR/AIM, Telf. (511) 611 8686, ext. 106</p>	
Hospedaje	Consultar la lista de hoteles sugeridos en la página Web www.icao.int/SAM				



ADJUNTO B

Organización de Aviación Civil Internacional
Oficina Regional Sudamericana

SAM ATSRO/6-NI/01
25/08/14

**Sexta Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la
Región SAM (SAM ATSRO/5) -Proyecto Regional RLA/06/901**
(Lima, Perú, 27 al 30 de octubre de 2014)

INFORMACIÓN GENERAL

(Presentada por la Secretaría)

1. Lugar y fechas del evento

La Sexta Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región SAM (SAM ATSRO/6) se realizará en las instalaciones de la Oficina Regional Sudamericana de la OACI en Lima, Perú, del 27 al 30 de octubre del 2014.

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: **icaosam@icao.int**

3. Sesión inaugural

Tendrá lugar el lunes 27 de octubre de 2014, de 09:00 a 09:15 horas, en la sala de reuniones del 4to. piso de la Oficina Regional Sudamericana de la OACI.

4. Idiomas y documentación

Este evento se realizará en idioma español y se proporcionará interpretación simultánea al inglés si se registran a tiempo suficientes participantes en este idioma.

5. Enlace para la documentación

La documentación se publicará en la página web de la Oficina Regional Sudamericana de la OACI: http://www.icao.int/SAM/Pages/ES/meetings_ES.aspx, bajo *Reuniones*. Los participantes deberían revisar esta página frecuentemente para bajar la documentación y llevarla al lugar del evento en forma impresa o electrónica en una laptop, ya que no se distribuirán copias durante el evento.

6. Registro de participantes

Se requiere que los participantes se registren anticipadamente enviando a la Oficina Regional Sudamericana de la OACI, tan pronto como sea posible, la hoja de registro debidamente completada (**Adjunto C** a la carta de convocatoria).

El lunes 27 de octubre, 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.

7. Información general

Se puede encontrar en las secciones “*Información General*”, “*Clima*” y “*Hoteles*” en la página Internet principal de la Oficina Regional SAM de la OACI que se encuentra en la dirección <http://www.icao.int/SAM>.

8. 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\$ 30.00 pero la misma puede variar dependiendo de la categoría del transporte. Se puede confirmar esta tarifa en los mostradores de la salida internacional del Aeropuerto, que tienen agentes de las empresas de taxi.

9. 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 y por lo tanto se aconseja usar taxis recomendados por los hoteles utilizados.

10. Información sobre clima y hoteles

Se puede encontrar en las secciones “*Información General*”, “*Clima*” y “*Hoteles*” de la página web de la Oficina Regional Sudamericana de la OACI <http://www.icao.int/SAM>.

11. 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. Las personas que han solicitado una Beca deberán portar PASAPORTE como identificación para el cobro del cheque correspondiente.

12. 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 aprox. S/. 2.80 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. En las transacciones tenga siempre su tarjeta de crédito a la vista.

13. Atenciones de salud

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

14. Teléfonos de contacto con la OACI

Sr. Julio de Souza Pereira, Oficial Regional ATM/SAR 611-8686, Ext. 104
(jpereira@icao.int) Cel.: 95921 5797
Sr. Roberto Arca Jaurena, Oficial Regional ATM/SAR/AIM 611-8686, Ext. 106
(rarca@icao.int) Cel.: 98761 7888

15. Electricidad

220 Voltios/60Hz.

16. Información sobre seguridad y protección

Ante cualquier situación de emergencia, se puede contactar al Oficial Regional ATM/SAR/AIM de la Oficina Sudamericana de la OACI, Sr. Roberto Arca Jaurena, Celular 98761 7888, 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.

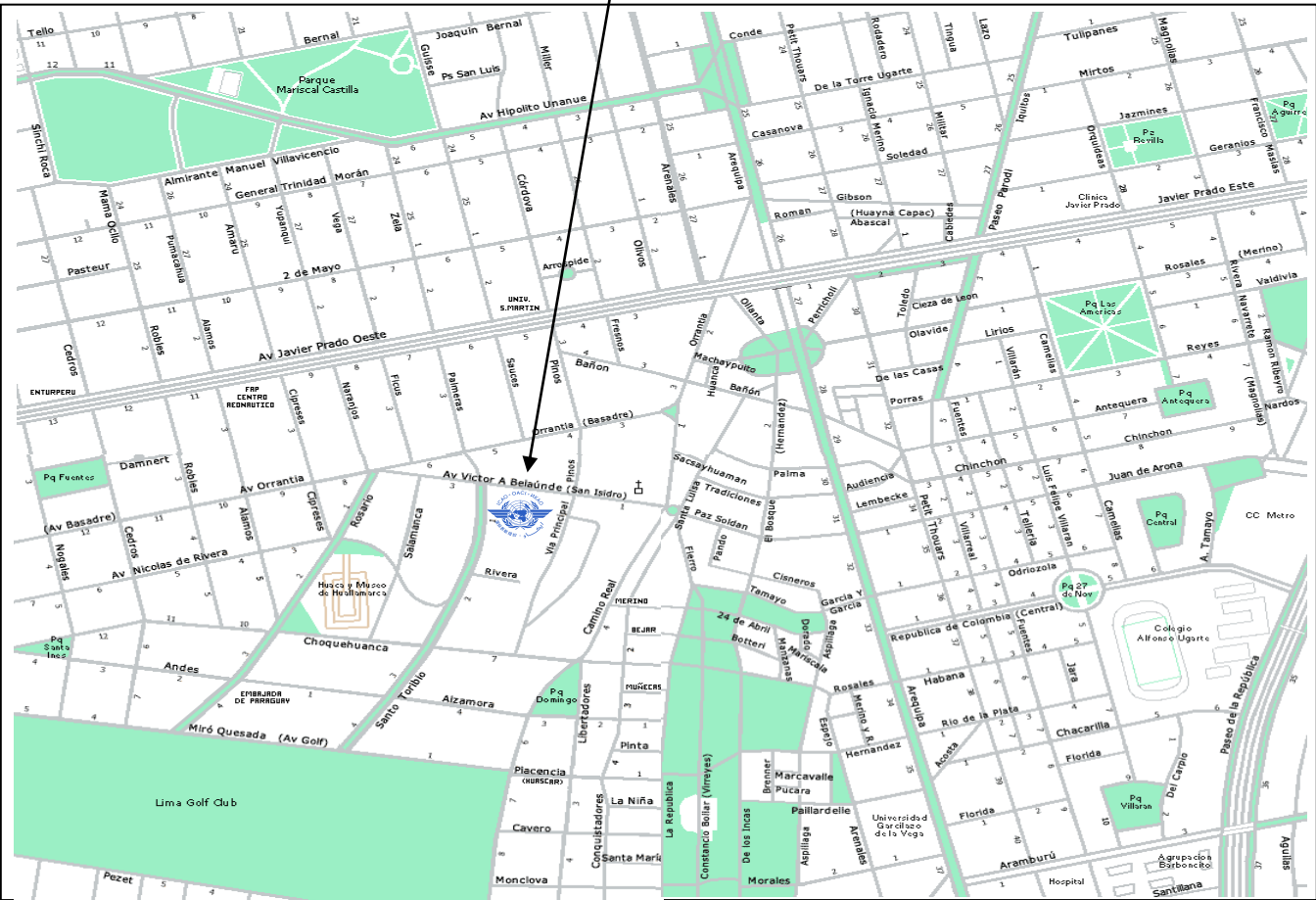
Después de un sismo:

- 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 si existe 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





ADJUNTO C / ATTACHMENT C

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION

RLA/06/901 Regional Project / Proyecto Regional RLA/06/901

SEXTA REUNIÓN PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA RED DE RUTAS ATS DE LA REGIÓN SAM /
SIXTH MEETING ON SAM REGION ATS ROUTES NETWORK OPTIMISATION

(SAM ATSRO/6)

Lima, Perú, 27 al 30 de octubre de 2014/ Lima, Peru, 27 to 30 October 2014

FORMULARIO DE REGISTRO / REGISTRATION FORM

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

2. Nombre/*Name*: _____

3. Cargo/*Position*: _____

4. Participa como / *Participates as*:

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

5. Dirección oficial /
Business address:

6. Tel.: _____ E-mail: _____

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

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

Firma/
Signature: _____ Fecha/
Date: _____



**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 *dos 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.

ADJUNTO D

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 dos 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)

- Programa nacional bajo el PNUD Proyecto Núm.: _____ Puesto Núm.: _____
- Programa regional del PNUD Proyecto Núm.: _____
- Programa interregional del PNUD Proyecto Núm.: _____
- 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

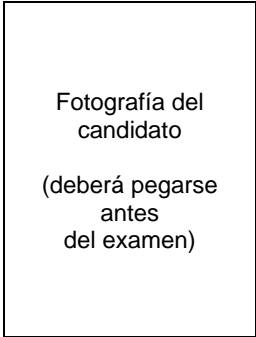
Fecha : _____

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

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

*Táchese lo que no corresponda

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

PARTE IV - B – INFORME MÉDICO																																																																																			
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>ANTECEDENTES MÉDICOS ¿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> <p>Firma del candidato: _____ Fecha: _____</p>																																																																																			

ADJUNTO D

**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		Complejión:		Delgado <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Lleno <input type="checkbox"/>	Obeso <input type="checkbox"/>
				Normal	Anormal			Normal	Anormal
Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo						Sistema vascular			
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 gérito-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					Normal	Anormal
Oído			500	1000	2000	3000	Agudeza visual en color		
Oído derecho	pies	pies	Pérdida en dB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oído izquierdo	pies	pies	Pérdida en dB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 – <i>Licencias al personal</i>									
<hr/> <p>*Táchese lo que no corresponda</p>									