



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

Ref.: LN 3/24.1 - SA5511

Lima, 28 de junio de 2016

Para: Ing. Juan Pedro Irigoín, Administrador Nacional, ANAC, Argentina
Dr. Hernán Gómez, Director Nacional de Transporte Aéreo, ANAC, Argentina
Gral. Brig. Aé. Edgar Pereyra Quiroga, Director Ejecutivo (a.i.), DGAC, Estado Plurinacional de Bolivia
Sr. José Ricardo Pataro Botelho, Director-Presidente, ANAC, Brasil
Ten. Brig. do Ar Carlos Vuyk de Aquino, Director General, DECEA y Presidente, CERNAI, Brasil
MBrig. R1 Normando Araujo de Medeiros, Asesor, DECEA, Brasil
Cnel. Luis Carlos Córdoba, Director General, UAEAC (e), Colombia
Capt. Roberto Yerovi de la Calle, Director General, DGAC, Ecuador
Ing. Alfredo Fonseca Mora, Director General, AAC, República de Panamá
Dr. Luis Manuel Aguirre, Presidente, DINAC, Paraguay
Sr. Gonzalo Pérez Wicht, Director General (e), DGAC, Perú
Brig. Gral. (Av.) Antonio Alarcón, Director Nacional, DINACIA, Uruguay
Cap. Jorge Luis Montenegro Carrillo, Presidente, INAC, República Bolivariana de Venezuela

Asunto: **RLA/06/901 – Secunda Reunión de implantación del AIDC (Comunicaciones de datos entre instalaciones ATS) en la Región SAM** (Lima, Perú, 21 al 23 de septiembre de 2016)

Acciones

requeridas: a) Tomar nota y nominar participantes no más tarde del **2 de septiembre de 2016**
b) Remitir formulario de candidatura para una beca de la OACI a más tardar el **29 de agosto de 2016**

Distinguido señor:

Tengo el honor de dirigirme a usted con referencia al programa de actividades 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 CNS correspondiente.*

A este respecto, la Segunda Reunión de implantación del AIDC en la Región SAM se llevará a cabo en las instalaciones de esta Oficina Regional, en Lima, Perú, del 21 al 23 de septiembre de 2016.

Esta Reunión tiene como objetivo dar seguimiento a la implantación del intercambio automatizado de datos entre dependencias de servicios de tránsito aéreo en apoyo de la notificación y coordinación de vuelos, así como de la transferencia de control y de comunicación.

La implantación del AIDC proporcionará importantes beneficios entre los cuales se tiene la reducción de la carga de trabajo de los controladores, la reducción de errores de colación / re-escucha durante la coordinación; la reducción significativa de la necesidad de coordinación verbal entre unidades ATS; y la mitigación de los LHD (grandes desviaciones de altitud).

El AIDC representa una de las prioridades de implantación de navegación aérea en la Región SAM consideradas en la Declaración de Bogotá (Décimo Tercera Reunión de Autoridades de Aviación Civil - RAAC/13 realizada del 4 al 6 de diciembre de 2013) en la cual todos los Estados de la Región SAM se comprometieron en su implantación en el periodo 2014 al 2016.

En esta Reunión los principales temas de análisis serán la disponibilidad de los planes de vuelo y el desempeño de la operación del AIDC en la Región SAM, la agenda tentativa del evento se presenta como **Apéndice A**.

Me complace, por tanto, invitar a su Administración/Organización a participar, comunicando a esta Oficina la nómina de sus representantes a más tardar el **2 de septiembre de 2016**, teniendo en cuenta las consideraciones que seguidamente se exponen.

El perfil de los expertos participantes es de suma relevancia en vista que a través de los mismos, se podrán obtener las recomendaciones necesarias que permitan la implantación operacional efectiva del AIDC, en este sentido es recomendable la participación de los puntos focales nominados por su Administración para la coordinación de la implantación de la interconexión de sistemas automatizados (ver **Adjunto B**).

Los Estados que desean asistir, podrían hacer uso de las siguientes alternativas de financiamiento:

- a) Becas del proyecto regional RLA/06/901, disponiéndose de una para cada Estado miembro de este proyecto, debiendo la administración interesada proveer los pasajes de ida y vuelta;
- b) becas de un proyecto nacional de cooperación técnica de la OACI aprobado para su país; ó,
- c) recursos propios de su administración, en caso de no contar con ninguna de las posibilidades anteriores.

Para los participantes que requieran una beca del proyecto regional RLA/06/901, se incluye el *Formulario de Candidatura para una Beca* de la OACI (**Adjunto C**), el cual deberá ser completado y remitido a esta Oficina a más tardar el **29 de agosto de 2016**.

En ese sentido, es importante informar que dicho evento ha sido cubierto gracias al aporte de su Estado, teniendo en cuenta que parte de la cuota anual que se ha enviado a la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) cuenta con rubro establecido para tal fin.

La documentación del evento, como notas de estudio y notas informativas, será publicada en la página web de la Oficina Regional SAM de la OACI: <http://www.icao.int/sam>. 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. El evento se llevará a cabo en español, con servicios de interpretación simultánea al inglés únicamente en caso se reciban confirmaciones de participación de delegados de Estados de este idioma hasta el 2 de septiembre de 2016.

Como **Adjunto D y E** de esta carta se presenta respectivamente la NI/01 con información general del evento y la hoja de registro

Acepte, distinguido señor, los sentimientos 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
Dr. Hernán Gómez, Director Nacional de Transporte Aéreo, ANAC, Argentina
Sr. Oscar Villabona, Director Nacional de Inspección de Navegación Aérea, ANAC, Argentina
Sr. Daniel Longo, Superintendente de Relaciones Internacionales, ANAC, Brasil
Sr. Daniel Vieira Soares, Gerente Técnico de Coordinación con Organizaciones Int., GCOI, ANAC, Brasil
Cel. R1 Roberto Tavares Figueiredo, Secretario Ejecutivo, CERNAI, Brasil
Cel. R1 Ronaldo Ney Telles Belchior Oliveira, Enlace, DECEA, Brasil
Dra. Marcela Chedrauy, Coordinadora, Grupo de Gestión de Estándares Internacionales, UAEAC, Colombia
Magister Jamil Efrén Anaguano Correa, Subdirector General de Aviación, DGAC, Ecuador
Cap. Robert Katz, Coordinador Nacional OACI, AAC, Panamá
Ing. Alfredo Broce, Unidad de Cooperación Técnica, AAC, Panamá
Lic. Luciana Cairét, Dirección de Relaciones Internacionales, DINAC, Paraguay
Dr. Luis Nuñez Vidal, Coordinador Principal, DGAC, Perú
Sr. Juan Meregildo Peralta, Coordinador Suplente, DGAC, Perú
Sr. Dhenis Cabrera Garrido, Gerente General (e), CORPAC S.A., Perú
Sra. Yuraima Avendaño, Gerente General, Oficina Relaciones Intls., INAC, República Bolivariana de Venezuela
Sr. Fredy Pimentel, Gerente de Relaciones con la OACI, INAC, República Bolivariana de Venezuela

ADJUNTO A

Proyecto Regional RLA/06/901 Segunda Reunión de Implantación del AIDC (Comunicaciones de datos entre instalaciones ATS) en la región SAM

ORDEN DEL DÍA PROVISIONAL

- Cuestión 1 del
Orden del Día: Análisis de la disponibilidad de los planes de vuelo en la Región SAM
- Cuestión 2 del
Orden del Día: Seguimiento del desempeño de la operación del AIDC en la Región SAM y
resultados de las pruebas de interconexión AIDC en la Región SAM
- Cuestión 3 del
Orden del Día: Revisión del plan de acción para la implantación de la interconexión AIDC en la
Región SAM
- Cuestión 4 del
Orden del Día: Revisión de los términos de referencia y programa de trabajo del grupo de
implantación del AIDC
- Cuestión 5 del
Orden del Día: Otros asuntos

NOTAS ACLARATORIAS

**Cuestión 1 del
Orden del Día: Análisis de la disponibilidad de los planes de vuelo en la Región SAM**

Bajo esta cuestión del Orden del Día la Reunión analizará el proceso de recepción y procesamiento de planes de vuelos en los Estados de la Región, la pérdida de planes de vuelo, los planes de vuelos repetidos, las coordinaciones con las líneas aéreas en la presentación de los planes de vuelo el uso de los conversores para adaptarse a la enmienda 1 de la 15a Edición del Documento 4444 PANS/ATM (Nuevo formato de plan de vuelo). En este sentido la Reunión hará el seguimiento a la Conclusión AIDC/1-3 – formulada en la primera reunión de implantación AIDC que se realizó en Lima, Perú, del 28 al 30 de marzo de 2016 sobre las acciones realizadas por los Estados de la Región SAM para mitigar errores en la presentación y procesamiento de los planes de vuelo.

**Cuestión 2 del
Orden del Día: Seguimiento del desempeño de la operación de interconexión AIDC y resultados de las pruebas de interconexión AIDC en la Región SAM**

Bajo esta cuestión del Orden del Día, la Reunión hará un seguimiento del desempeño de la operación del AIDC y el estado de implantación de acuerdo a lo considerado en la declaración de Bogotá. Se analizará los problemas encontrados, las lecciones aprendidas en la implantación de las interconexiones AIDC realizadas a efecto que sirvan de ayuda en la implantación de las restantes interconexiones AIDC, así como de los beneficios operacionales iniciales obtenidos. Se procederá a la revisión de las cartas de acuerdo operacionales para la introducción del AIDC para las operaciones de notificación, coordinación y transferencia de vuelo entre ACC adyacentes y posible aceptación y firma de alguna de estas. Se invita a los Estados participantes presentar información resaltante sobre las actividades realizadas para la implantación de la interconexión AIDC y la aplicación de las recomendaciones formuladas en la primera reunión de implantación del AIDC para solucionar los problemas de operación de AIDC en la Región SAM (Conclusión AIDC/1-4). También se presentarán los trabajos realizados para la elaboración de documentos así como las modificaciones realizadas en la *Guía de orientación para la implantación del AIDC a través de la interconexión de centros automatizados* como seguimiento a las siguientes conclusiones formuladas en la primera reunión de implantación AIDC, Conclusión AIDC/1-1- *Elaboración de un Manual de operación del AIDC nacional* y la Conclusión AIDC/1-2 - *Actualización de la Guía de orientación para la implantación del AIDC a través de la interconexión de centros automatizados*.

**Cuestión 3 del
Orden del Día: Revisión del plan de acción para la implantación de la interconexión AIDC en la Región SAM**

La Reunión procederá a la revisión del plan de acción para la implantación de la interconexión del AIDC actualizada en la primera reunión de implantación del AIDC tomando en cuenta los resultados del análisis de las cuestiones 1 y 2 de esta reunión.

Cuestión 4 del

Orden del Día: Revisión de los términos de referencia y programa de trabajo del grupo de implantación del AIDC

Bajo esta cuestión del Orden del Día se procederá a la revisión de los términos de referencia y programa de trabajo del grupo de implantación AIDC.

Cuestión 5 del

Orden del Día: Otros asuntos

Bajo este asunto, la Reunión podrá revisar otros temas relacionados que no hayan sido discutidos en las cuestiones del Orden del Día precedentes.

ATTACHMENT B / ADJUNTO B

**NATIONAL FOCAL POINTS/PUNTOS FOCALES NACIONALES
IMPLEMENTATION OF INTERCONNECTION OF AUTOMATED SYSTEMS/IMPLANTACIÓN INTERCONEXIÓN SISTEMAS
AUTOMATIZADOS**

STATE/ ESTADO	ADMINISTRATION/ ADMINISTRACIÓN	NAME/ NOMBRE	POST/ CARGO	TELEPHONE/ TELEFONO	E-MAIL
ARGENTINA	DGCTA	Rubén Silva	Especialista ATM sistemas automatizados		rubensilva@hotmail.com
		Mario Correa	Jefe sistemas automatizados ATS	(54 11) 4317-6015	mario_correa@yahoo.com.ar
		Javier Vittor	Especialista CNS	(54 11) 4480-2362 (54 911) 6894-0692	javiervittor@gmail.com
	ANAC	Diego Agüero	Técnico automatización	(54911) 2258-7836 (5411) 5941-3000 Ext.69-128	daguero@anac.gob.ar
BOLIVIA					
BRAZIL/ BRASIL	DECEA	Alexander Santoro	Especialista CNS	(55 21) -2101-6620	santoroas@decea.gov.br
		Murilo Loureiro	Asesor sistemas automatizados	55 (21) 2101-6658	murilo.loureiro@gmail.com
COLOMBIA	UAEAC	Harlen Mejía	Jefe de Aeronavegación		harlen.mejia@aerocivil.gov.co
		Mauricio Ferrer	Especialista ATM sistemas automatizados		mauricio.ferrer@aerocivil.gov.co
		Pedro Alejandro Velasco	Jefe Grupo de Vigilancia Aeronáutica	(57) 317656-7203	pedro.velasco@aerocivil.gov.co
CHILE	DGAC	Pedro Pastroian	Especialista radar y sistemas automatizados	(56 2) 836-4005 (56 2) 644-8345	ppastroian@dgac.gob.cl
		Christian Vergara	Especialista comunicaciones	(56 2) 836-4005 (56 2) 644-8345	cvergara@dgac.gob.cl

STATE/ ESTADO	ADMINISTRATION/ ADMINISTRACIÓN	NAME/ NOMBRE	POST/ CARGO	TELEPHONE/ TELEFONO	E-MAIL
		Gustavo Cáceres Moraga	Controlador Tránsito Aéreo Ofc. Operaciones ACCS	(56 2) 91581853 (56 2) 28364018	gcaceres@dgac.gob.cl
ECUADOR	DAC	Raul Avellan	Especialista CNS coordinador sistema AMHS	(593 4) 269-2829 (593 9) 9530-2735	raul.avellan@aviacioncivil.gob.ec
		Jorge Zúñiga	Programación FDP y coordinaciones		jorzu40@hotmail.com
GUYANA					
GUYANA FR./ FRENCH GUIANA	Service de la Navigation Aérienne aux Antilles-Guyane (SNA-AG)	Michel Areno	Head French Guiana ACC	(594) 694455617	michel.aren@aviation-civile.gouv.fr
PANAMA	Autoridad Aeronáutica Civil (AAC)	Mario Antonio Facey Howard	Especialista radar y sistemas automatizados	(507) 315-9852/65	mfacey@aeronautica.gob.pa
PARAGUAY	DINAC	David Torres	Jefe de Sección, Encargado del Sistema ATM ARCON210	(595) 9812-31575	dr.torres33@gmail.com
		Diego Ramón Aldana Fernández	Supervisor ACC/APP	(595) 21 645-707	diegoaldana@gmail.com
PERÚ	CORPAC	Johnny Ávila	Jefe equipos centro de control	(511) 230-1000 Anexo:1267	javila@corpac.gob.pe
		Jorge Eduardo Merino Rodríguez	Especialista ATM Controlador de Tránsito Aéreo	(51 1) 230-1000 Ext 1158 (511) 5750886 (Centro de Control Lima) (511) 5750995 Mobile: 51 99737407	jmerino@corpac.gob.pe jemr69@yahoo.com
		Gino Lago	Especialista ATM Controlador de Tránsito Aéreo	(51 1) 414-1000	glago@corpac.gob.pe
		Raul Anastasio Granda	Supervisor Comunicaciones AMHS-AFTN	(511) 230-1018	ranastacio@corpac.gob.pe

STATE/ ESTADO	ADMINISTRATION/ ADMINISTRACIÓN	NAME/ NOMBRE	POST/ CARGO	TELEPHONE/ TELEFONO	E-MAIL
			Área de Comunicaciones Fijas Aeronáuticas		
SURINAM/ SURINAME					
URUGUAY	DINACIA	Antonio Lupacchino	Especialista CNS sistemas automatizados	(598) 2604-0408 Ext.4520	alupacch@yahoo.com.ar
		Gustavo Turcatti	Jefe Departamento Operativo de Tránsito Aéreo	(598) 2604-0408 Ext.5111	blantur@gmail.com
VENEZUELA	INAC	Alfredo A. Dávila Alfonzo	Coordinador Área de Trabajo ATS	(58 212) 2774-439	a.davila@inac.gob.ve
		Francisco Antonio Ortiz	Gestión Operacional ATM		f.ortiz@inac.gob.ve



**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.

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

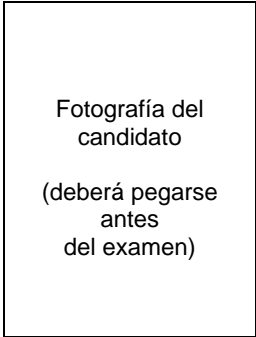
Fecha : _____

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>																																																																																			

**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		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		
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"/>	Agudeza visual en color
ANÁLISIS DE LABORATORIO								
Análisis de orina:		Azúcar Análisis microscópico		Albúmina		Análisis de sangre: 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 style="width:20%; margin-left:0;"/> <p>*Táchese lo que no corresponda</p>								

ADJUNTO D

AIDC/2
NI-01

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 CNS correspondiente

Segunda Reunión de implantación del AIDC
(Lima, Perú, 21 al 23 de setiembre de 2016)

INFORMACIÓN GENERAL

(Presentada por la Secretaría)

1. Lugar y fechas

La Segunda Reunión de implantación del AIDC (AIDC/2), se celebrará en las instalaciones de la Oficina Regional Sudamericana (SAM) de la OACI en Lima, Perú, del 21 al 23 de setiembre de 2016. En vista que contamos con dos salas de conferencias, se apreciará que, a su llegada a la Oficina Regional, verifique dónde se llevará a cabo el evento – piso 3 ó 4.

2. Coordinador

Sr. Onofrio Smarrelli
Oficial Regional CNS de la Oficina Regional SAM de la OACI
Tel: +511 611-8686, anexo 107
E-mail: icaosam@icao.int
osamarrelli@icao.int

3. Registro de participantes

Los participantes al evento deberán registrarse el miércoles, 21 de setiembre de 2016 de 08:30 a 09:00 horas, en el lugar de la reunión.

4. Información general

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

5. Enlace para la documentación

La documentación se estará publicando en la página Internet de la Oficina Regional SAM de la OACI, <http://www.icao.int/sam>, *Reuniones*, por lo que los participantes deberían revisar esta página frecuentemente para bajar la documentación. Todos los participantes deben llevar la documentación al lugar de la Reunión (impresa o electrónica en una laptop), ya que no se distribuirán copias impresas.

- - - - -



ADJUNTO E / ATTACHMENT E

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL /
INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION

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

Segunda Reunión de Implantación AIDC / Second Meeting on AIDC Implementation

Lima, Perú, 21 al 23 de setiembre de 2016 / Lima, Peru, 21 to 23 September 2016

FORMULARIO DE REGISTRO / REGISTRATION FORM

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

2. Nombre/*Name*: _____

3. Cargo/*Position*: _____

4. Participa como / *Participates as*:

Miembro/ Alternativo/ 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: _____

Por favor envíe este formulario a: / Please return this form to: E-mail: icaosam@icao.int