



INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION (ICAO)  
ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL (OACI)

COMISIÓN LATINOAMERICANA DE AVIACIÓN CIVIL (CLAC)  
LATIN AMERICAN CIVIL AVIATION COMMISSION (LACAC)



**GRUPO REGIONAL SOBRE SEGURIDAD DE LA AVIACIÓN Y FACILITACIÓN NAM/CAR/SAM  
OACI/CLAC (AVSEC/FAL/RG)**

**CUESTIONARIO SOBRE FACILITACIÓN Y DOCUMENTOS DE VIAJE DE LECTURA MECÁNICA  
(DVLM)**

(ESTADO COORDINADOR - REPÚBLICA DOMINICANA)

**SECCIÓN A**

1. ¿Ha establecido su Estado un Programa nacional de facilitación del transporte aéreo (PNFTA)?

SI

NO

2. ¿Ha aprobado su Estado el PNFTA?

SI

\_\_\_\_\_

Fecha de aprobación

NO

3. ¿Ha implementado su Estado el PNFTA?

SI

NO

4. ¿Ha establecido su Estado un Comité nacional de facilitación del transporte aéreo (CNFTA) u organismo de coordinación similar?

SI

NO

Nombre del comité/organismo: \_\_\_\_\_

*Nota: si respondió NO, pase a la pregunta 7*

5. ¿Cada qué tiempo se reúne este CNFTA?

Mensualmente

Trimestralmente

Semestralmente

Otros

6. Indique ¿qué entidades/instituciones componen este Comité?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Ha establecido su Estado Comités de facilitación de aeropuertos (CFA)?

SI

NO

*Nota: si respondió NO, pase a la siguiente Sección*

8. ¿Cada qué tiempo se reúne(n) este/estos CFA?

Mensualmente

Trimestralmente

Semestralmente

Otros

9. Indique ¿qué entidades/instituciones componen este/estos CFA?

---

---

### SECCION B

10. ¿Expide actualmente su Estado pasaportes de lectura mecánica (DVLM)?

SI

NO

11. Si la respuesta a la pregunta 10 es "NO", sólo llene las secciones C y E.

12. Si la respuesta a la pregunta 10 es "SI" llene las secciones D y E.

### SECCION C

#### ESTADOS QUE AÚN NO PEXPIDEN PASAPORTE DE LECTURA MECÁNICA (DVLM)

*(Llene esta sección sólo si respondió "NO" a la pregunta 10)*

13. ¿Requiere su Estado asistencia en relación con la expedición de Pasaportes de Lectura Mecánica)?

SI

NO

14. Si la respuesta a la pregunta 13 fue "NO", indique el motivo por el cual no se ha implementado el DVLM en su Estado y pase a la Parte E y responda a las preguntas

---

15. Si la respuesta a la pregunta 13 fue "SI", marque a continuación el tipo de asistencia que su Estado requiere con relación a la expedición de pasaportes de lectura mecánica:

- Asistencia relativa a la definición de políticas (orientación sobre cuestiones relativas a seguridad y facilitación, privacidad y reingeniería de sistemas)
- Orientación técnica (comprensión del Doc. 9303 y normas de seguridad)
- Consultoría (evaluaciones previas y posteriores a la producción)
- Asesoramiento sobre el proceso de licitación
- Gestión de proyectos (adquisición, desarrollo y operación)
- Consecución de asistencia financiera apropiada.
- Otros (Especificar)

---

---

**SECCION D**

**ESTADOS QUE YA EXPIDEN PASAPORTE DE LECTURA MECANICA (DVLM)**  
(Llene esta sección sólo si respondió "SI" a la pregunta 10)

16. ¿Desde qué fecha emite su Estado DVLM?

17. ¿Aproximadamente cuántos pasaportes de lectura mecánica tiene su Estado actualmente en circulación?

18. ¿Está su Estado dispuesto en principio a proporcionar asistencia en la expedición del pasaporte de lectura mecánica a otros Estados que aún no los expiden?

SI  NO

19.- Si respondió "SI" a la pregunta 18, indique a continuación el tipo de asistencia que su Estado estaría dispuesto a proporcionar, por intermedio del AVSEC/FAL/RG o en forma directa, al Estado o Estados que la requieran

- Asistencia relativa a la definición de políticas (orientación sobre cuestiones relativas a seguridad y Facilitación, privacidad y reingeniería de sistemas)
- Orientación técnica o conocimientos especializados (orientación sobre las especificaciones del Doc. 9303, la seguridad y otros elementos opcionales que pueden incorporarse a los pasaportes de lectura mecánica y la aplicación de tecnologías biométricas)
- Gestión de Proyectos

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Provisión de expertos DVLM para la lista regional de expertos <input type="checkbox"/></li><li>• Facilitación de arreglos financieros <input type="checkbox"/></li><li>• Otros (Especificar) _____</li></ul>
20.	¿Cuenta ya su Estado con la implementación de Medidas Biométricas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
21.	Si respondió "SI" a la pregunta 20, indique a continuación ¿cuál de estas características incluye? Documental <input type="checkbox"/> Facial <input type="checkbox"/> Dactilar <input type="checkbox"/>
22.	¿Permite su Estado el uso de otra identificación que no sea pasaporte para viajes internacionales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
23.	Si respondió SI a la pregunta 22, ¿son estas identificaciones emitidas bajo el sistema DVLM? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué? _____
24.	En caso de emitir DVLM, ¿es este sistema controlado a través de una base de datos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si corresponde, ¿qué entidad(es) tiene(n) a su cargo el control y protección de esta base de datos? _____ _____
25.	¿Es su Estado parte del Directorio de Claves Públicas (PKD) de la OACI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
26.	¿Ha adoptado su Estado el Sistema de información anticipada sobre los pasajeros (API)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

27.	Si respondió SI a la pregunta 26, ¿utilizan los involucrados los mensajes UN/EDIFACT (Reglamento de las Naciones Unidas para el intercambio electrónico de datos para la administración, el comercio y el transporte) PAXLST para la transmisión de los manifiestos de pasajeros?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO
	Otro medio (especificar cuál): _____
28.	¿Ha notificado su Estado a la OACI alguna diferencia de las Normas del Anexo 9?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO
	Si corresponde, ¿sobre qué o cuáles normas? _____

<b>SECCION E</b>	
<b>PERSONAS DE CONTACTO EN FACILITACIÓN EN SU ESTADO</b>	
29.	Nombre de la persona designada como Punto de contacto en Facilitación
	_____
	Cargo Actual: _____
	Dirección Postal de Oficina: _____
	_____
	Teléfono: _____
	Fax: _____
	Correo electrónico: _____
	Sitio WEB: _____
30.	Nombre de la persona designada como Punto de contacto alternativo en Facilitación
	_____
	Cargo Actual: _____
	Dirección Postal de Oficina: _____
	_____
	Teléfono: _____
	Fax: _____
	Correo electrónico: _____
	Sitio WEB: _____

31	Nombre de la persona que llenó el cuestionario
	_____
	Cargo Actual: _____
	Dirección Postal de Oficina: _____
	_____
	Teléfono: _____
	Fax: _____
	Correo electrónico: _____
	Sitio WEB: _____
	_____

Favor enviar el cuestionario completo a:

e-mail: [icaonacc@icao.int](mailto:icaonacc@icao.int) o Fax: +5255 52032757

- FIN -