

# Guía para visitantes científicos de cooperación técnica del OIEA



**IAEA**

Organismo Internacional de Energía Atómica

*Átomos para la paz y el desarrollo*

1. Las visitas científicas se organizan para miembros del personal superior que ocupan puestos/desempeñan funciones de dirección o de consultoría y que tienen un mínimo de cinco años de experiencia en la esfera pertinente y al menos cinco años de servicio continuo en el puesto que ocupan actualmente en su país. Las visitas duran hasta dos semanas en dos países como máximo. Las visitas científicas forman parte integrante de la ejecución de un proyecto de cooperación técnica en una esfera de desarrollo de alta prioridad nacional, o se conceden, con carácter individual, como una contribución directa al desarrollo de recursos humanos del programa de energía atómica del país.
2. El OIEA establece el programa de visitas científicas en cooperación con los países anfitriones, y la duración y fechas exactas de cualquier visita dependerán de la decisión del gobierno anfitrión. Se pide a los candidatos que se encarguen, con la debida antelación, de obtener todos los visados necesarios. Cabe señalar que **la obtención de los visados, comprendidos los visados de tránsito, de ser necesarios, es responsabilidad exclusiva del visitante científico.** Cualquier modificación de los datos de la persona de contacto facilitados en el formulario de solicitud de visita científica (cambio de nombre, dirección postal, número de teléfono y correo electrónico) deberá comunicarse al OIEA lo antes posible.
3. **Todas las comunicaciones deberán dirigirse al Auxiliar de Administración de Programas pertinente** y en ellas habrá de indicarse siempre el nombre completo del visitante científico y el número del evento. A continuación, se puede consultar la información general de contacto:

Divisiones del OIEA
División para África
División para Asia y el Pacífico
División para Europa
División para América Latina y el Caribe

Dirección postal	Teléfono, fax y correo electrónico
Departamento de Cooperación Técnica Organismo Internacional de Energía Atómica PO Box 100, 1400 Viena, Austria	Tel.: +43 1 2600 Fax: +43 1 26007 Correo electrónico: <a href="mailto:Official.Mail@iaea.org">Official.Mail@iaea.org</a>

4. Las fechas de las visitas científicas deben programarse según la conveniencia de las autoridades del país anfitrión y de los institutos que se van a visitar. Normalmente, las fechas acordadas por los países anfitriones para la visita científica no pueden modificarse sin causar una larga demora o incluso la cancelación de la visita. Toda petición de aplazamiento de visitas o modificación de fechas formulada por el candidato después de que el país anfitrión haya preparado el programa de la visita debe ir acompañada de una explicación razonable refrendada por el instituto del candidato.
5. El visitante científico recibirá: i) un pasaje pagado por adelantado a la tarifa lógica más baja en clase económica o, en su lugar, una suma global para el viaje en cuestión, y ii) dietas para sufragar los gastos de alojamiento, comida, transporte local (en tren, autobús o taxi) e imprevistos de otra índole (como tasas de aeropuerto, gastos de visado o exceso de equipaje). El visitante científico debe ajustar sus gastos a los límites del subsidio de viaje otorgado, pues no es posible el reembolso de ningún gasto adicional. Si el visitante científico acorta su visita, los fondos no utilizados deben reembolsarse al OIEA.
6. Si el itinerario del vuelo exige hacer una escala durante el viaje, los gastos de alojamiento y comida durante la escala corren por su cuenta (o la de su Gobierno). El visitante científico deberá, en consecuencia, llevar dinero suficiente para esos casos. Cabe tener presente la práctica seguida por la mayoría de las líneas aéreas internacionales de sufragar generalmente los gastos de alojamiento en caso de escala necesaria.

7. Las dietas se abonan íntegramente antes de la salida mediante transferencia bancaria electrónica a una cuenta bancaria personal; solo en casos excepcionales pueden transferirse los fondos a través una oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el país de origen o el país de residencia del visitante.
8. El **visitante científico deberá enviar** por correo electrónico al Auxiliar de Administración de Programas del OIEA **un informe sobre la visita** (elaborado mediante la plantilla proporcionada en el anexo 1), dentro del mes posterior a la finalización de la visita. Junto con el informe debe enviarse un PDF de las tarjetas de embarque utilizadas.
9. **Responsabilidad civil:** El OIEA es tenedor de una póliza de responsabilidad civil. Esta póliza cubre la responsabilidad jurídica que el OIEA estará obligado a asumir mediante el pago de las reclamaciones de indemnización hechas contra el asegurado por la pérdida o el daño de efectos personales, o por lesión corporal o enfermedad (mortal o no mortal) causados a personas por un acto de negligencia, error u omisión del asegurado o cualesquiera personas de cuyos actos, error u omisión pueda ser responsable. Además, en la póliza se estipula que se concederá una indemnización para cubrir la responsabilidad del OIEA por la capacitación de científicos en los laboratorios de los Estados Miembros, incluida la responsabilidad de las personas en capacitación.
10. Se recomienda enfáticamente a los visitantes científicos que no vayan acompañados de familiares durante el período de la visita científica.
11. **Seguro médico:** Los visitantes científicos que se encuentren fuera de sus países de origen disponen de un seguro médico por cuenta del OIEA, con arreglo a una póliza contratada con Cigna International Health Services BVBA (CIGNA). Este seguro debería cubrir la mayor parte de los gastos médicos personales en caso de accidente o enfermedad, pero **no cubre** los gastos médicos de los familiares. **De conformidad con las condiciones de esta póliza de seguro, los visitantes científicos deben primero pagar las facturas hospitalarias y médicas y, posteriormente, enviar las facturas originales junto con los comprobantes de pago a CIGNA, en Bélgica.** El reembolso se efectuará con prontitud. En caso de hospitalización, es decir, el ingreso en un hospital con una estancia mínima de una noche, CIGNA gestionará el pago directo con la institución médica. Las facturas médicas deben enviarse directamente a CIGNA. En la *Guía Cigna sobre el plan de seguro médico colectivo* (en inglés) pueden consultarse instrucciones al respecto. En el anexo 2 se adjunta un modelo del formulario de solicitud de reembolso de gastos médicos.
12. **COVID-19:** Los visitantes científicos deben adherirse a las medidas y directrices nacionales, locales y de las autoridades anfitrionas en relación con la COVID-19 sobre la manera de contener la propagación de infecciones por coronavirus.
13. **Formulario de certificado médico.** Todos los candidatos mayores de 65 años deben presentar, independientemente de la duración del evento, un certificado médico de buena salud firmado por un profesional médico registrado y expedido no más de cuatro meses antes del inicio de la visita científica. El visitante científico deberá someterse a un examen médico entre uno y tres meses antes del inicio de la visita y enviar el certificado médico al Auxiliar de Administración de Programas del OIEA antes de su partida (anexo 3).
14. **Formulario de antecedentes de exposición ocupacional.** En caso de que la visita científica implique exposición ocupacional a la radiación, se le solicita que complete el formulario de antecedentes de exposición ocupacional y lo envíe al Auxiliar de Administración de Programas del OIEA ajustándose minuciosamente a las directrices proporcionadas (anexo 4). Este formulario deberá completarse menos de seis meses antes del inicio del evento. El OIEA le proporcionará a su debido tiempo un dosímetro para controlar su nivel de exposición ocupacional durante la visita.
15. **Formulario de designación de beneficiario y de contacto de emergencia.** Todos los visitantes científicos deben completar y firmar el Formulario de designación de beneficiario y de contacto de

emergencia y enviarlo al Auxiliar de Administración de Programas del OIEA antes de su partida (anexo 5).

16. El itinerario completo de la visita científica, incluidas las direcciones de los institutos anfitriones y los puntos de contacto, se le remitirá al visitante tan pronto se reciba el acuerdo de todos los gobiernos anfitriones en cuestión.

17. El OIEA no se ocupa de las reservas de hotel, salvo **si se solicita** y solo en el caso de las visitas científicas que se realizan en Viena (Austria).

## ANEXO 1: PRESENTACIÓN DE INFORMES AL OIEA POR LOS VISITANTES CIENTÍFICOS

### INFORME SOBRE UNA VISITA CIENTÍFICA

**NOTA:** El plazo para la presentación del informe vence **un mes después de finalizado el evento**. Sírvase enviar el informe al Auxiliar de Administración de Programas del OIEA

<b>1. Nombre del visitante científico:</b>	
<b>2. Número de evento de la visita científica:</b>	
<b>3. Dirección del visitante científico en el país anfitrión:</b>	
<b>4. Fecha de inicio del programa en el país anfitrión:</b>	
<b>5. Fecha de finalización del programa en el país anfitrión (comprendidos los desplazamientos internos, en su caso):</b>	
<b>6. Nombre y dirección completa de la institución en la que se realizó la visita:</b>	
<b>7. Número del proyecto de CT:</b>	
<b>8. Nombre de la contraparte del proyecto de CT:</b>	
<b>9. Describa los principales aspectos de la visita (capacitación recibida, reuniones con funcionarios del país anfitrión, trabajo de investigación realizado, etc.):</b>	
<b>10. Dé su evaluación del valor de la visita para su trabajo futuro en su país de origen:</b>	
<b>11. ¿Qué cargo ocupa usted actualmente? Describa brevemente sus funciones y responsabilidades actuales:</b>	
<b>12. A fin de mejorar la administración del programa de visitas científicas de CT, agradeceríamos sus comentarios y sugerencias sobre las cuestiones siguientes:</b>	
<b>i) Idoneidad de la institución anfitriona seleccionada para la visita:</b>	
<b>ii) Idoneidad del programa de la visita realizada y calidad de la orientación recibida:</b>	
<b>iii) Calidad e idoneidad de las instalaciones que hubo disponibles durante la visita:</b>	
<b>iv) Alojamiento:</b>	
<b>v) Asistencia recibida del OIEA:</b>	

**vi) Asistencia recibida de las autoridades del país de origen y/o del país anfitrión:**

**13. Otras observaciones:**

**Fecha y firma del visitante científico:**

<b>Fecha:</b>		<b>Firma del visitante científico:</b>	
---------------	--	--	--



FELLOWS / TRAINEES

### MEDICAL CLAIM FORM

1. Please write clearly in black ink and **BLOCK CAPITALS**.
2. This claim form contains personal data. Please don't share this with members outside your family.
3. Please complete a separate claim form for each patient and for each currency.
4. Return this form with original invoices (no staples) to:  
Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium

Name plan member

Personal reference n°  /

Organisation

**PATIENT**

Name

Date of birth D   M   Y   Gender  M  F

Address

Telephone

Email

Project no.

Period of contract D   M   Y

**CLAIM INFORMATION**

Is the claim (partially) related to an accident?  No  Yes  Yes, work related  
 If yes, also complete the [Notification of accident form](#).

Is the claim covered by another insurance?  No  Yes  
 If yes, specify the amount and the insurance company and include the insurance statements (settlement notes, invoices, etc.)

Amount and currency  Insurance company

Currency	Amount	Invoice date	Nature of expenses	Diagnosis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total <input type="text"/>		Main country of treatment <input type="text"/>		

**PAYMENT INFORMATION - COMPLETE ONLY IN CASE OF CHANGE**

Mail cheque to Name

Address

Bank transfer Preferred currency of reimbursement

The currencies are limited by the contract. If this currency is different from that of your bank account, your bank could charge you fees at your expense.

Name account holder

Account n° or IBAN

BIC/Swift code  Bank ID

Full bank name and address

In view of a smooth administration of the contract and/or settlement of the insurance claim, and only for that purpose, I hereby give my specific and informed consent regarding the processing of the medical data concerning myself and/or the members of my family (article 7 of the Belgian Law of December 8, 1982 concerning the private life, I certify that the above information is to the best of my knowledge and belief correct and true. The insurance of false claims, the provision of misleading information or the withholding of information related thereto is an offence punishable by Law. The information provided on or attached to this form may be disclosed to other persons or entities for the purpose of processing this claim and performing medical insurance plan administration.

Date D   M   Y

Signature of the plan member

545 00 000\_04/11/14

### **ANEXO 3: NOTA PARA LAS VISITANTES CIENTÍFICAS DEL OIEA**

Las mujeres que trabajen o reciban capacitación en el OIEA deberán comunicar al OIEA que están embarazadas tan pronto tengan conocimiento de ello.

La Junta de Gobernadores del OIEA aprobó las Normas Básicas Internacionales de Seguridad para la Protección contra la Radiación Ionizante y para la Seguridad de las Fuentes de Radiación. En ellas se hace referencia específica a las condiciones de exposición ocupacional de las trabajadoras y se requiere, entre otras cosas, que estas notifiquen a su empleador que están embarazadas tan pronto tengan conocimiento de ello para que, de ser necesario, puedan modificarse sus condiciones de trabajo. Esa notificación no se considerará motivo para excluirlas del trabajo; no obstante, se adaptarán sus condiciones laborales en lo que respecta a la exposición ocupacional para asegurar que el embrión o feto reciba el mismo amplio grado de protección que se exige para los miembros del público.

## ANEXO 4: CERTIFICADO MÉDICO



### CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del candidato (en imprenta o a máquina): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

En calidad de médico cualificado, por la presente certifico que he examinado al candidato mencionado y lo he encontrado en buen estado de salud, sin enfermedades infecciosas y física y mentalmente capaz de desempeñar cualquier función pertinente lejos de su país de origen.

Nombre completo y dirección del médico examinador (en imprenta o a máquina):

---

---

---

Firma y sello del médico examinador: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** En los casos que se detallan a continuación se deberá presentar un certificado médico de buena salud expedido no más de cuatro meses antes del inicio del evento:

- En el caso de eventos de más de un mes de duración;
- En el caso de los candidatos mayores de 65 años, independientemente de la duración del evento.

El certificado deberá:

- ser completado por un médico registrado tras un exhaustivo examen clínico y de laboratorio (deberá incluirse una radiografía de tórax solo si está indicado clínicamente);
- ser enviado al responsable administrativo del Departamento de Cooperación Técnica **antes del** inicio del evento.

### **Preguntas de orientación para el examen médico**

1. Si el candidato ha estado en tratamiento durante los últimos tres años, describa el tratamiento y el estado actual de la enfermedad o las enfermedades.
2. ¿Qué medicamentos toma periódicamente el candidato y por qué motivo se le ha prescrito cada uno de ellos?
3. ¿Cuál es la presión arterial normal del candidato?
4. ¿Se encuentra el candidato en buen estado de salud y está en condiciones de trabajar a pleno rendimiento?
5. ¿Se encuentra el candidato en condiciones físicas y mentales de participar en actividades de capacitación intensiva fuera de su país de origen?
6. ¿Está el candidato libre de enfermedades infecciosas (por ejemplo, tuberculosis o tracoma) que podrían suponer un riesgo para él o para las personas con quienes esté en contacto durante la capacitación?
7. ¿Sufre el candidato de alguna enfermedad que pudiera exigir tratamiento durante el tiempo que dure la capacitación?
8. ¿Se observan anomalías en la radiografía torácica?

## FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

Nombre del candidato	
Empleador	

Título del evento	
Número del evento	
Lugar	
Fechas	Desde: _____ Hasta: _____

¿Está usted cubierto en el marco de un programa de monitorización individual en su país de origen?

SÍ  NO

En caso afirmativo:

- Indique fecha de inicio de la monitorización individual (mm/aaaa): .....
- Complete los campos que correspondan a continuación:

Cantidad	Unidad notificada	Valor durante los últimos cinco años civiles	Valor durante el último año civil
Dosis efectiva <sup>(1)</sup>			
Dosis equivalente para el cristalino			
Dosis equivalente para las extremidades o la piel			
Datos sobre los antecedentes de exposición ocupacional proporcionados o confirmados por <sup>(2)</sup> :	Nombre: ..... Función: ..... Firma: .....		

Firma del candidato: .....

Fecha<sup>(3)</sup>: .....

<sup>(1)</sup> Dosis efectiva debido a la exposición externa E interna. Si se notifica otra cantidad, sírvase indicar el nombre y la unidad.

<sup>(2)</sup> El oficial de protección radiológica, el supervisor del candidato o el prestatario del servicio de monitorización individual han de proporcionar o confirmar los datos sobre los antecedentes de exposición ocupacional.

<sup>(3)</sup> Este formulario no debe datar de más de seis meses antes del inicio del evento.

**ANEXO 6: FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO Y DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO  
Y DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Número del evento:**

**Designación de beneficiario**

Yo, ..... nacido/a en .....  
(Apellido, nombre) (fecha, mes, año)

revocando todas y cada una de las designaciones de beneficiario realizadas por mí en lo que respecta a los fondos que el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) me adeuda o pueda adeudarme, designo por la presente al beneficiario o a los beneficiarios que se mencionan a continuación, a quienes autorizo e instruyo al OIEA a pagar al momento de mi muerte toda cantidad de dinero en mi haber.

**Información necesaria sobre cada beneficiario**

Nombre	Edad	Vínculo	Porcentaje que recibirá
1.			%
2.			%
3.			%

Por la presente dispongo, a menos que se haya indicado otra cosa arriba, que si se nombra a más de un beneficiario el porcentaje correspondiente al beneficiario o los beneficiarios que hayan fallecido antes que yo se distribuya en partes iguales entre los beneficiarios supervivientes o en su totalidad al beneficiario superviviente. Si ninguno de ellos me sobrevive, el monto total irá a mi patrimonio.

Por la presente me reservo específicamente el derecho de revocar o cambiar en todo momento a cualquier beneficiario en la manera y forma prescritas por el OIEA y sin el conocimiento o consentimiento del beneficiario.

**Designación de contacto de emergencia**

Por la presente doy mi consentimiento para que el OIEA contacte a la persona mencionada abajo en caso de emergencia.

<b>Nombre:</b>	
<b>Número de teléfono (incluido el código de país):</b>	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	

.....  
(Fecha)

.....  
(Firma)