

ADVERTENCIA

El presente Informe es un documento técnico que refleja la opinión de la JUNTA DE INVESTIGACIONES DE ACCIDENTES DE AVIACIÓN CIVIL con relación a las circunstancias en que se produjo el accidente, objeto de la investigación con sus causas y con sus consecuencias.

De conformidad con lo señalado en el Anexo 13 al CONVENIO SOBRE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL (Chicago /44) Ratificado por Ley 13.891 y en el Artículo 185 del CÓDIGO AERONÁUTICO (Ley 17.285), esta investigación tiene un carácter estrictamente técnico, no generando las conclusiones, presunción de culpas o responsabilidades administrativas, civiles o penales sobre los hechos investigados.

La conducción de la investigación ha sido efectuada sin recurrir necesariamente a procedimientos de prueba de tipo judicial, sino con el objetivo fundamental de prevenir futuros accidentes.

Los resultados de esta investigación no condicionan ni prejuzgan los de cualquier otra de índole administrativa o judicial que, en relación con el accidente pudiera ser incoada con arreglo a leyes vigentes.

INFORME FINAL

ACCIDENTE OCURRIDO EN: Aeropuerto Internacional Córdoba / Ing. Aer. Ambrosio Taravella, provincia de Córdoba

FECHA: 06 JUN 08

HORA: 11:00 UTC

AERONAVE: Avión

MARCA: Aerostar

MODELO: 601

MATRÍCULA: LV-WES

PILOTO: Licencia Piloto Comercial de Primera Clase Avión

PROPIETARIO: Privado

Nota: Las horas están expresadas en Tiempo Universal Coordinado (UTC) que para el lugar del accidente corresponde a la hora huso horario -3.

1 INFORMACIÓN SOBRE LOS HECHOS

1.1 Reseña del vuelo

1.1 El 06 JUN 08, el piloto de la aeronave matrícula LV-WES, despegó del Aeropuerto Córdoba para cumplimentar un vuelo privado de traslado de tres personas, hasta el AD Corrientes.

1.1.2 El despegue desde la cabecera 05 fue a las 11:00 hs y durante la fase de ascenso, cruzando FL 065 a 23/25 NM, en el radial 090 del VOR CBA, se desprendió la puerta superior de acceso a la cabina.

1.1.3 De inmediato, el piloto comunicó lo sucedido a la TWR CBA y declaró la emergencia, regresando al aeropuerto de salida donde aterrizó sin otras consecuencias para la aeronave, los acompañantes y tripulante.

1.1.4 El accidente ocurrió de día y con buenas condiciones de visibilidad.

1.2 Lesiones a personas

Lesiones	Tripulación	Acompañantes	Otros
Mortales	-	-	-
Graves	-	-	-
Leves	-	-	-
Ninguna	1	3	

1.3 Daños sufridos por la aeronave

1.3.1 Célula: Puerta superior de acceso a la cabina desprendida con rotura de bisagra, abolladuras en la parte superior trasera del fuselaje y en el empenaje. Desprendimiento parcial de la antena de VHF y fisura en base de antena GPS.

1.3.2 Daños en general: Leves.

1.4 Otros daños

No pudieron ser corroborados ya que no se localizó la puerta; como tampoco se recibieron denuncias de terceros en superficie.

1.5 Información sobre el personal

1.5.1 El piloto al mando, de 53 años de edad, poseía la licencia de Piloto TLA de Avión, pero volaba utilizando la de Piloto Comercial de Primera Clase de Avión; las habilitaciones inscriptas en las mismas eran: Vuelo Nocturno, Vuelo por Instrumentos, Monomotores y Multimotores Terrestres hasta 5.700 kg. Poseía además la licencia de Instructor de Vuelo Avión.

1.5.2 Su Certificado de Aptitud Psicofisiológica, se encontraba en vigencia, con vencimiento el 30 JUL 08.

1.5.3 Su registro de horas de vuelo, asentadas por el piloto, pero no foliadas era:

Total:	5.623.5
Últimos 90 días:	80.0
Últimos 30 días:	20.0
El día del accidente:	3.5
En el tipo de aeronave:	170.0

1.5.4 La Dirección de Habilitaciones Aeronáuticas (DHA), informó que el piloto no registra antecedentes de accidentes ni infracciones aeronáuticas en su legajo y su Libro de Vuelo se encuentra sin foliado.

1.6 Información sobre la aeronave

1.6.1 General

1.6.1.1 Aeronave fabricada en el año 1978, por Ted Smith Aerostar Corporation, modelo 601, con número de serie 61-0480-127. Avión bimotor terrestre, de construcción metálica, semimonocasco de ala media y tren de aterrizaje triciclo retráctil, propulsado por dos motores alternativos con sistema de sobrealimentación.

1.6.1.2 Tenía Certificado de Aeronavegabilidad Estándar, Categoría Normal, emitido el 10 SET 01 y con Habilitación Anual desde ENE 08. El Certificado de Matrícula fue expedido el 14 FEB 05.

1.6.2 Célula

1.6.2.1 Según el último Formulario DNA 337 de fecha 24 ENE 08, se le efectuó a la aeronave, una inspección para Rehabilitación Anual, cuando registraba 3914.1 hs de Total General (TG), quedando habilitada hasta ENE 09. Se adjuntaron listados de Seguimiento de Componentes con Vida Límite y de Cumplimiento de Directivas de Aeronavegabilidad.

1.6.2.2 De acuerdo con el Historial, como última intervención técnica, registró una inspección de 50 hs. cuando tenía 3963.7 hs de TG.

1.6.2.3 Al momento del accidente, registraba 4.015.7 hs de TG y 174.7 hs DURG.

1.6.2.4 Puerta de tripulación - pasajeros

La única puerta de acceso a la cabina está ubicada en el lado izquierdo del fuselaje en la estación del piloto, compuesta por dos mitades, una superior y una inferior.

1.6.3 Motores

1.6.3.1 Izquierdo: Marca Lycoming, modelo IO-540-S1A5 con número de serie L-17244-48A de 290 HP de potencia. Motor alternativo de seis cilindros opuestos con sistema de turbo-cargador.

1.6.3.2 Según el último Formulario DNA 337, al momento de su Rehabilitación Anual registraba 5365.9 h de TG y 819.9 hs DURG y su vencimiento a las 6346.0 hs de TG y en tiempo JUN 2010.

1.6.3.3 Al momento del accidente, el motor contaba con 5.460.1 hs de TG, 926.9 hs DURG.

1.6.3.4 Derecho: Marca Lycoming, modelo IO-540-S1A5 número de serie L-

17454-48A de 290 HP de potencia. Motor alternativo de seis cilindros opuestos con sistema de turbo-cargador.

1.6.3.5 Según el último Formulario DNA 337, al momento de su Rehabilitación Anual contaba con 3929.9 hs de TG y 822.5 hs DURG, con vencimiento a las 4.907.4 hs y en tiempo MAY 2010.

1.6.3.6 Al momento del accidente, el motor contaba con 4027.5 hs de TG y 926.7 hs DURG.

1.6.3.7 El combustible utilizado por los motores era 100 LL.

1.6.4 Hélices

1.6.4.1 El motor izquierdo estaba equipado con una hélice tripala metálica, de paso variable, marca Hartzell, modelo HC-C3YR-2UF, N° de Serie CK-5119B.

1.6.4.2 El motor derecho estaba equipado con una hélice tripala metálica, de paso variable, marca Hartzell, modelo HC-C3YR-2UF, N° de Serie CK-4017A.

1.6.5 Peso y Balanceo al momento del accidente

1.6.5.1 De acuerdo a datos extraídos de la última Planilla de Peso y Centrado, el peso vacío de la aeronave era de 1927 Kg y con los datos relevados durante la investigación se establecieron los siguientes pesos:

Vacío:	1.927	kg
Piloto:	89	kg
Acompañantes (x 3).	273	kg
Combustible (347 l X 0.72):	250	kg
Equipaje	90	kg
Total al momento del accidente:	2.629	kg
Máximo de despegue (PMD):	2.721.5	kg
Diferencia:	92.5	kg, en menos respecto al PMD.

1.6.5.2 Por lo determinado en el párrafo anterior, el peso de la aeronave y el Centro de Gravedad (CG), se encontraban dentro de los parámetros establecidos en la planilla de masa y balanceo de fecha 06 OCT 01, enviada por la Dirección Nacional de Aeronavegabilidad.

1.7 Información Meteorológica

El informe remitido por el Servicio Meteorológico Nacional, con datos obtenidos de la estación meteorológica del aeródromo Córdoba, interpolados al lugar del accidente y analizado también los mapas sinópticos de superficie de 15:00 UTC, era: Viento: 160°/06kt; Visibilidad: 8 km; Fenómenos Significativos: Bruma; Nubosidad: Ninguna; Temperatura: 15,1° C; Temperatura del Punto de Rocío: 6,1° C; Presión a Nivel Medio del Mar: 1022.1 hPa y Humedad Relativa: 55 %.

1.8 Ayudas a la navegación

No aplicable.

1.9 Comunicaciones

El piloto comunicó su situación a la TWR CBA en frecuencia principal 118,3 Mhz, declarando la emergencia y regresando al AD de salida.

1.10 Información sobre el lugar del accidente

El desprendimiento de la puerta se produjo entre las 23 / 25 NM, en el radial 090 del VOR CBA, en ascenso cruzando 6500 ft para FL 070.

1.11 Registradores de vuelo

No equipada.

1.12 Información sobre los restos de la aeronave y el impacto

Durante la fase de ascenso, al cruzar 6500 ft, se produjo el desprendimiento de la puerta superior de acceso a la cabina, que golpeó la parte superior del fuselaje y el empenaje vertical, sin afectar la efectividad de los comandos y sin consecuencias estructurales ni aerodinámicas, realizándose un aterrizaje de emergencia sin otra novedad.

1.13 Información médica y patológica

No se establecieron antecedentes médico/patológicos en el piloto, que pudiesen haber influido o tener relación con el accidente.

1.14 Incendio

No hubo.

1.15 Supervivencia

En el momento del desprendimiento de la puerta, los ocupantes de la aeronave se encontraban sentados y asegurados con sus cinturones, no sufriendo consecuencias.

1.16 Ensayos e investigaciones

1.16.1 La puerta inferior no presentó novedades estructurales y se verificó el correcto funcionamiento del sistema de cierre.

1.16.2 En el marco de la puerta, se inspeccionaron los alojamientos donde encastran los pasadores de la parte superior, no encontrándose indicios de roturas o deformación de los mismos.

1.16.3 En el marco de la puerta, parte trasera exterior del fuselaje, se observó una pequeña hendidura a la altura del alojamiento del pasador de cierre.

1.16.4 No pudo localizarse la parte superior de la puerta desprendida en vuelo, dentro de la zona donde supuestamente habría caído.

1.16.5 Puntualmente se preguntó al piloto, si la aeronave contaba con algún sistema de alarma de puerta insegura, respondiendo que solamente con un sistema de advertencia visual, que se encontraba en la puerta superior. El mismo consistía de un pasador con dos indicadores de posición: rojo (inseguro), verde (seguro).

1.16.6 Como consecuencia de la pérdida de la puerta superior y lo declarado por el piloto con respecto a los sistemas de alarma, se analizó la documentación técnica de la aeronave donde figuraba el cumplimiento de la AD 89-03-04 "Cabin door", (Instalación del kit P/Nº 764-990V) en mayo de 1989. Esto dio lugar a una inspección post accidente a los efectos de verificar su cumplimiento y familiarización con el componente reemplazado (puerta superior), y el sistema de cierre y alarma con indicación luminosa de puerta insegura.

1.16.7 En el Manual de Vuelo se encontraba incorporado el suplemento por aplicación del Kit P/Nº 764-990V (DOOR AJAR WARNING).

1.16.8 El Kit P/Nº 764-990V está compuesto por los siguientes componentes: una microllave o "switch" instalada en el orificio de traba del pasador trasero de la puerta superior, y una luz de color rojo (ubicada en la parte superior derecha del lado del copiloto), que indica "Door Unsafe". El switch es accionado por el pasador trasero cuando ingresa en el orificio respectivo, apagando la luz "Door Unsafe", indicando que la puerta está asegurada.

1.16.9 Durante esta inspección, con la puerta de reemplazo instalada, se verificó que el cierre superior de la puerta, no se completaba correctamente. Adicionalmente, la aeronave poseía un sistema de alarma de puerta insegura, con una luz roja, sistema "Press to Test", en el panel de instrumentos del copiloto, inoperativa y sin identificación.

1.16.10 En el "Quick Handbook" de la aeronave (LCP), figuraba en uno de sus ítems, "AFTER START Warning Lights – Checked"; en la aeronave, estas luces de alarma se encontraban en la parte central del tablero (lado copiloto), con sus correspondientes carteles de identificación, menos la que correspondería a la de puerta insegura "DOOR UNSAFE".

1.16.11 De acuerdo con lo especificado en el suplemento al Manual de Vuelo (Kit N° 764 990V, "DOOR AJAR WARNING") - "GENERAL SPECIFICATIONS - NORMAL OPERATING PROCEDURES - decía: BEFORE STARTING ENGINE - CABIN DOOR UNSAFE WARNING LIGHTS; BEFORE TAKEOFF - CABIN DOOR UNSAFE WARNING LIGHTS"; no así en el "Quick Handbook" (LCP) de la aeronave, donde solamente decía: "AFTER START" - "WARNING LIGHTS".

1.17 Información orgánica y de dirección

La aeronave pertenecía a una empresa, cuyos propietarios la utilizaban para realizar vuelos privados.

1.18 Información adicional

1.18.1 El piloto tenía una autorización del propietario, para pilotear y conducir libremente la aeronave en todo el espacio aéreo nacional e internacional.

1.18.2 En la declaración del instructor, que adaptó al piloto accidentado al tipo de aeronave, con relación al sistema de puerta, respondió que solamente poseía traba mecánica con indicadores visuales color rojo y verde.

1.18.3 Con la aeronave en servicio, luego del accidente, en una ampliación de declaración se preguntó al piloto, si había observado algún nuevo sistema de alarma de puerta insegura instalado, respondió sí, del tipo lumínico. Que lo había visto en el momento en que lo estaban instalando en el taller, en noviembre de 2008, durante una inspección de 100 hs. Además agregó, que el mismo propietario lo había solicitado.

1.18.4 En una consulta realizada a la DAG / DNA por el cumplimiento de la AD referente a la puerta, esa Dirección informó que personal de la DCA (División Ingeniería de Mantenimiento), habían realizado una serie de inspecciones el día 10 NOV 08, en aeronaves del tipo como la accidentada.

1.18.5 Asimismo, la DNA, con fecha 05 ENE 09, emitió una ADVERTENCIA (102/DCA), cuyo objetivo era dar a conocer una situación de interés para los talleres de reparación habilitados, operadores de este tipo de aeronaves y propietarios, con las recomendaciones que se consideraron necesarias en función de la criticidad que se produce ante esta situación.

1.18.6 El informe producido por la DNA sobre el sistema de alarma de puerta insegura de la aeronave LV-WES dice:

1.18.6.1 En la aeronave accidentada, el sistema de alarma de puerta insegura estaba instalado, pero INOPERATIVO, se desconoce si a la fecha del accidente el mismo estaba operativo. Por el estado en que se encontró el sistema, es altamente probable que en ese momento ya estaba inoperativo.

1.18.6.2 De acuerdo con el Informe de Inspección de DCA del 10 NOV 08, llevado a cabo en un TAR donde el LV-WES se hallaba en inspección de 100 hs, se transcribió: "Aparentemente presenta la aplicación de PIPER Kit P/N 764-990V (aeronave sin panel anunciador), dado que se halló el switch en el marco trasero de la puerta, pero con aparente estado de deterioro (pulsado, comprimido) y una luz PRESS TO TEST indicadora en el sector superior derecho del tablero de instrumentos, sin placa identificatoria alguna. Se intentó verificar su funcionamiento accionado la llave MASTER y operando la puerta, pero la luz indicativa en el tablero no acusó funcionamiento alguno. Se verificó entonces que la lámpara del PRESS TO TEST sí funcionaba (utilizando otras iguales y rotándolas en el tablero), pero no así

el circuito.”

1.18.6.3 De acuerdo a fax de la División Ingeniería de Mantenimiento / DCA, el RT del TAR informó que el problema relevado en el sistema de alarma de puerta insegura (Door ajar system), presentaba un funcionamiento intermitente del switch P/N BW9002B, que en ocasiones quedaba atascado en posición adentro (luz “door unsafe” apagada). El switch fue reemplazado por una unidad nueva quedando el sistema operativo.

1.18.6.4 En otras aeronaves de este tipo, durante las inspecciones efectuadas, se constataron diferentes novedades relacionadas al sistema de cierre de la puerta, comprobando en algunas el no cumplimiento de la AD 89-03-04.

1.19 Técnicas de investigaciones útiles o eficaces

No se emplearon técnicas especiales.

2 ANALISIS

2.1 Aspecto Operativo

2.1.1 De acuerdo con las declaraciones del piloto y el instructor que lo habilitó en esta aeronave, pudo observarse que poseían un conocimiento parcial de la existencia de las luces de alarma (indicadoras de sistemas inoperativos), por cuanto al momento de ocurrir el suceso, la luz indicadora de puerta insegura no tenía el cartel que la identificaba. De haber estado en servicio la luz que integra el sistema de alarma de puerta insegura - trabada, hubiese permitido al piloto la identificación de la existencia del sistema instalado y de la condición en que se encontraba la puerta, al seguir en consecuencia los procedimientos establecidos por la LCP, después de la puesta en marcha y antes del despegue.

2.1.2 La comprobación de la misma, figuraba en la LCP en la inspección después de la puesta en marcha “AFTER START” en el Punto 4, “Warning Lights” – Checked. Probablemente en el chequeo individual la luz no se encendía, pero era práctica común confiar en la confirmación visual que tenía instalada en la manija de traba de la posición “Rojo - Verde” (destrabado - trabado), sobre el panel de la puerta.

2.1.3 Ante la situación planteada, lo más probable, es que la puerta habría quedado incorrectamente trabada e insegura, sin que el piloto lo advirtiera mediante la confirmación de la luz de alarma.

2.1.4 En la LCP (Handbook), de la aeronave utilizada por el piloto, no estaba incluido lo establecido en la Sección 3 – Normal Operating Procedures – del Suplemento de instalación del Kit que indica “Cabin door Unsafe Warning Light.... Out”, antes de la puesta en marcha y antes del despegue. La omisión de este procedimiento indicaría que dicha LCP estaba desactualizada.

2.2 Aspecto técnico

2.2.1 Los historiales de célula, motores y hélices de la aeronave, reflejan que los períodos de inspecciones realizadas estaban de acuerdo con las instrucciones de aeronavegabilidad continuada, emitidas por el fabricante y poseía su Certificado de Aeronavegabilidad , de Propiedad y Matriculación, emitidos por la DNA, en vigencia.

2.2.2 En la documentación solicitada al TAR, que realizaba el mantenimiento a la aeronave, en lo referente a la puerta, se confirmó el cumplimiento de la AD (instalación del Kit P/Nº 764-990V). Asimismo, en la última inspección para la Rehabilitación Anual (24 ENE 08), fue verificado el funcionamiento del sistema.

2.2.3 Al no haber sido localizada la puerta superior desprendida, no se pudo constatar físicamente el cumplimiento de la AD, ni la operatividad del sistema completo, específicamente el extendido y el recorrido de los pernos de traba que accionaban la micro llave, que habilitaba la luz de alarma indicadora “ Puerta Insegura”, del panel de instrumentos puesto copiloto.

2.2.4 En la comprobación realizada con la aeronave en servicio por los Investigadores, con una puerta nueva instalada, se verificó el sistema de cierre y traba de la misma, se observó que se debía realizar un acomodamiento de ésta al marco, para que ambos pines se introduzcan en sus respectivos alojamientos y así accionar la microllave correspondiente.

2.2.5 Por este motivo se deduce que durante el cierre, el pin trasero puede quedar por fuera del alojamiento (del lado exterior del fuselaje), que coincide con la hendidura encontrada y mencionada anteriormente; esto probablemente pudo llevar al piloto a suponer que la puerta estaba asegurada, por cuanto la manija quedaba en la posición de traba.

2.2.6 Dado que el piloto y quien lo habilitara en el tipo de aeronave, no estaban profundamente familiarizados con la existencia del sistema de indicación, a pesar de estar incorporado el Suplemento de Instalación del Kit Nº 764-990V (DOOR AJAR WARNING), al Manual de Vuelo de la Aeronave, podría apreciarse que probablemente el sistema no funcionaba desde hacía bastante tiempo. De haberlo estado, en algún momento el piloto hubiera advertido la existencia del sistema de alarma de puerta insegura, a pesar de que la luz no estaba identificada expresamente en el tablero.

2.2.7 Del informe remitido por la DNA / DCA, lo verificado en el sistema de alarma instalado y de lo determinado por el TAR, respecto a la causa del funcionamiento intermitente del sistema, se deduce que probablemente debido a un mantenimiento inadecuado, dicho funcionamiento no era confiable.

3 CONCLUSIONES

3.1 Hechos definidos

3.1.1 El piloto poseía las licencias, habilitaciones correspondientes y estaba autorizado para realizar el vuelo.

3.1.2 La aeronave tenía los Certificados de Aeronavegabilidad, Propiedad y Matriculación en vigencia.

3.1.3 De acuerdo con la documentación técnica, las inspecciones de la aeronave se ajustaban a las instrucciones de aeronavegabilidad continuada.

3.1.4 El Peso y Centrado de la aeronave estaban dentro de los límites que establece la última Planilla de Masa y Balanceo.

3.1.5 Las condiciones meteorológicas no tuvieron influencia en el accidente.

3.1.6 El sistema de alarma de puerta insegura estaba inoperativo.

3.1.7 La luz indicadora del sistema de alarma de puerta insegura tipo "Press to Test", no estaba identificada en el tablero de instrumentos puesto copiloto.

3.1.8 El piloto desconocía de la existencia del sistema de alarma de puerta insegura, con indicación de luz en el tablero de instrumentos del puesto copiloto.

3.1.9 Inadecuado mantenimiento del sistema de alarma de puerta insegura.

3.1.10 El "Quick Handbook" (LCP) de la aeronave, utilizado por el piloto se encontraba desactualizado.

3.2 Causa

Durante un vuelo de aviación general, en la fase de ascenso, apertura y desprendimiento de la parte superior de la puerta de acceso a la cabina, con posterior aterrizaje de emergencia; debido a inadecuado cierre y traba de la misma.

Factores Contribuyentes

- 1) Falta de familiarización por parte del piloto, sobre el sistema de alarma de puerta insegura.
- 2) Sistema de alarma de puerta insegura inoperativo.
- 3) "Quick Handbook" (LCP) de la aeronave desactualizado.

4 RECOMENDACIONES SOBRE SEGURIDAD

4.1 Al Propietario de la aeronave

4.1.1 Considerar la necesidad de realizar las gestiones más adecuadas con el personal de pilotos que operen la aeronave de su propiedad, a fin de concientizar sobre la importancia de mantenerse actualizado respecto a los procedimientos indicados en el Manual de Vuelo y sus Suplementos.

4.1.2 Asimismo, tomar las medidas que se consideren adecuadas para mantener actualizada, a través del fabricante, toda la documentación de la aeronave y para hacer conocer ésta a cada uno de los integrantes, que directa o indirectamente estén relacionados con la operación de la misma.

4.1.3 Considerar la necesidad de tomar conocimiento de la Advertencia 102/DCA, desarrollada por la DNA, relacionada con la falla en servicio analizada en el presente suceso.

4.2 Al TAR interviniente

4.2.1 Considerar la necesidad de tomar las medidas mas adecuadas, para hacer recordar la importancia de verificar, en las Inspecciones para Rehabilitación Anual de productos aeronáuticos, el cumplimiento de las Directivas de Aeronavegabilidad, no sólo a través de los registros de mantenimiento históricos de los mismos, sino además mediante la verificación técnica, de acuerdo al DNAR Parte 43 - Mantenimiento Preventivo - Reconstrucción y Alteraciones.

4.2.2 Considerar la necesidad de tomar conocimiento de la Advertencia 102/DCA, desarrollada por la DNA, relacionada con la falla en servicio analizada en el presente suceso.

4.3 A la Administración Nacional de Aviación Civil (Dirección Nacional de Seguridad Operacional)

Considerar la conveniencia que la Dirección de Aeronavegabilidad evalúe la actuación del TAR interviniente, con relación al presente suceso.

5 REQUERIMIENTOS ADICIONALES

Las personas físicas o jurídicas a quienes vayan dirigidas las recomendaciones emitidas, por la Junta de Investigaciones de Accidentes de Aviación Civil, deberán informar a la Comisión de Prevención de Accidentes de Aviación Civil en un plazo no mayor a sesenta (60) días hábiles, contados a partir que recibieran el Informe Final y la Disposición que la aprueba, el cumplimiento de las acciones que hayan sido puestas a su cargo. (Disposición Nº 51/02 Comandante de Regiones Aéreas (19 JUL 02) publicada en el Boletín Oficial del 23 de Julio 2002).

La mencionada información deberá ser dirigida a:

Comisión de Prevención de Accidentes de Aviación Civil
Av. Com. Pedro Zanni 250
2º Piso Oficina 264 – Sector Amarillo
(1104) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A la dirección Email:
"buecrp@faa.mil.ar "

BUENOS AIRES de de 2009.

Vcom. Ramón GALVAN
Investigador a Cargo

SP. Jorge Alberto VENENCIA
Investigador Técnico

Director de Investigaciones