

Acta de Entrega de Información

Correlativo 4388-2019

Fecha 6 de junio de 2019

INFORMACIÓN QUE SE ENTREGA O JUSTIFICACIÓN*

Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local de El Salvador, Oficina de Información y Respuesta: en la ciudad de San Salvador, a las nueve horas con ocho minutos del día seis de junio del año dos mil diecinueve.

El suscrito Oficial de Información y Respuesta, **CONSIDERANDO** que:

- 1) El día veintinueve de mayo del año dos mil diecinueve se recibió una solicitud de acceso a la información pública que contiene el siguiente requerimiento de acceso a la información pública y datos personales: "Informarles que los ciudadanos acá indicados, fueron a la agencia bancaria a retirar el dinero correspondiente al pago del programa indemnizatorio en el municipio de Meanguera, siendo informados que por motivos que en el sistema aparecen cuatro meses que nos cancelan pero a la hora que la cajera le da el ok, aparecemos que ya estamos pagado y lo intentan varias veces y lo mismo o sea que no puede cancelarnos y nos dijeron que habláramos con ustedes, aparecen 4 meses cancelados en la cuenta pero no los puede liberar, manifestó la cajeras que lo intento varias veces". **Plazo para remitir a la OIR la información en poder de la Institución es del 29 de mayo de 2019 al 11 de junio de 2019 a fin de cumplir con el plazo estipulado en la LAIP.**
- 2) Con base a las atribuciones de las letras d), i) y j) del artículo 50 de la Ley de Acceso a la Información Pública (en lo consiguiente LAIP), le corresponde al Oficial de Información realizar los trámites necesarios para la localización y entrega de la información solicitada por los particulares, y resolver sobre las solicitudes de información que se sometan a su conocimiento.
- 3) A partir del deber de motivación genérico establecido en el artículo 65 y 72 LAIP, las decisiones de los entes obligados deberán entregarse por escrito al solicitante, con mención breve pero suficiente de sus fundamentos, el suscrito debe establecer los razonamientos de su decisión sobre el acceso a la información.

Con base a las facultades legales previamente señaladas, se hacen las siguientes consideraciones:

I. Sobre la admisibilidad de las solicitudes de acceso a la información.

El acceso a la información pública en poder de las Instituciones públicas es un derecho reconocido en el ordenamiento jurídico nacional, lo que supone el directo cumplimiento al principio de máxima publicidad reconocido en el artículo 4 LAIP por el cual, la información en poder de los entes obligados es pública y su difusión irrestricta, salvo las excepciones expresamente establecidas en la ley.

Sin embargo, para que los particulares accedan a tal información es preciso que su solicitud se realice en la forma establecida en el inciso segundo del artículo 66 LAIP y 54 de su Reglamento; es decir, con el cumplimiento por escrito de los siguientes requisitos: a) clara mención del nombre, apellidos y domicilio del solicitante; b) la señalización del lugar o medio para recibir notificaciones; c) La descripción clara y precisa de la información pública que se solicita; d) cualquier dato que propicie su localización con el

Acta de Entrega de Información

objeto de facilitar su búsqueda; e) la mención de la modalidad en que se prefiere se otorgue el acceso a la información pública y; f) la firma autógrafa o huella digital del solicitante cuando este no sepa o no pueda firmar. Además, de la presentación del Documento Único de Identidad al que se refiere el inciso cuarto del mencionado artículo 66.

Así, la falta de alguno de esos requisitos en la solicitud tiene como consecuencia que no se configure en debida forma la pretensión de acceso a la información pública en los términos que establece la ley de la materia, lo cual no es óbice para dar trámite a la solicitud, previniendo al interesado para que subsane los elementos de forma de su requerimiento.

Con base a las disposiciones legales citadas y los razonamientos antes expuestos, se **RESUELVE**:

1. Con base a la solicitud de acceso a la información pública recibida por medio de llamada telefónica y WhatsApp institucional, se consideró aceptable darle ingreso ya que utiliza los formatos y medios establecidos por la Institución, contando con los datos indicados anteriormente.
2. Al respecto, conforme a lo establecido en la Ley de Acceso a la Información Pública, el suscrito Oficial de Información, procedió a requerir a la jefatura del departamento de Registro y Transferencias, la información en poder de la Institución, recibiendo un correo electrónico que indica que al constatar el caso presentado se tiene que el programa establece que si un participante no se presenta a cobrar en 2 o más ocasiones consecutivas se inactivan; esto es el caso las ciudadanas indicadas. Para poder incluirlas en las planillas siguientes se deberá tramitar la Reincorporación al programa (se adjunta formato), que debe de ser enviado a la Institución debidamente completo.
3. Notifíquese al solicitante en el medio y forma por el cual indicó que se entregara la respuesta a su solicitud de acceso a la información pública.
4. No obstante el acceso a la información pública concedido anteriormente, usted tiene la posibilidad de utilizar los mecanismos previstos en la legislación salvadoreña, contempladas en la LAIP.

NOMBRE*: Roberto Molina
OFICIAL DE INFORMACIÓN Y RESPUESTAS

FIRMA*: 



Información a completar por Solicitante

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE* VERSIÓN PÚBLICA PARA SER COLOCADA EN EL PORTAL DE TRANSPARENCIA

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombre(s)

FIRMA: REMITIDA VÍA WHATSAPP INSTITUCIONAL

**Información requerida*

Ficha de Atención a Programa Indemnizatorio (FAPI)

DATOS GENERALES DE TITULAR O AM

Nombre de la persona participante: No. de Convenio:

No. de DUI persona participante: Municipio:

Cantón: Caserío/AUP: Fecha de Solicitud:

(dd/mm/aaaa)

SOLICITUDES QUE SE REALIZAN (MARQUE CON UNA X LAS SOLICITUDES REALIZADAS)

<input type="checkbox"/>	I. CORRECCIÓN DATOS DE TITULAR/AM O CORRESPONSABLE	<input type="checkbox"/>	VI. REINCORPORACION AL PROGRAMA
<input type="checkbox"/>	II. INCLUSIÓN O CAMBIO DE CORRESPONSABLE	<input type="checkbox"/>	VII. BAJA DE PARTICIPANTE
<input type="checkbox"/>	III. ELIMINAR CORRESPONSABLE	<input type="checkbox"/>	VIII. BAJA DE FAMILIA
<input type="checkbox"/>	IV. RECLAMO POR PAGO NO ACUMULADO		
<input type="checkbox"/>	V. INCORPORACIÓN AL PROGRAMA		

I. CORRECCIÓN DE DATOS DE TITULAR/AM O CORRESPONSABLE

TITULAR O AM		CORRESPONSABLE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre correcto de titular/AM (según DUI)		Nombre correcto del corresponsable (según DUI)	
D.U.I. correcto Titular/AM	<input type="text"/>	D.U.I. correcto corresponsable	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Parentesco con Titular/AM <input type="text"/>
DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE: COPIA DE DUI TITULAR/AM		DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE: COPIA DE DUI CORRESPONSABLE	

II. INCLUSIÓN O CAMBIO DE CORRESPONSABLE

Nombre completo de la(e)l nueva(o) corresponsable (según DUI)

Número de DUI

Parentesco con la persona participante: GÉNERO M F

FIRMA O HUUELLA NUEVO CORRESPONSABLE

MOTIVO	DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM (AM formato de cobrador), Fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> Ausencia definitiva	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM (AM formato de cobrador), Fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> No uso de la pensión para las necesidades de la persona adulta mayor	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM (AM formato de cobrador), Fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> Voluntad expresa de la persona adulta mayor o persona a riesgo	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM (AM formato de cobrador), Fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> Discapacidad físico y/o mental	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM (AM formato de cobrador), Fotocopia de DUI, Constancia medica
<input type="checkbox"/> Otros, explique	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM (AM formato de cobrador), Fotocopia de DUI

III. ELIMINAR PERSONA CORRESPONSABLE

MOTIVO	DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE
<input type="checkbox"/> Se siente en la capacidad de realizar el cobro	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM, Fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> Ya posee documentos de identificación	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM, Fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> Por error en identificación de cobrador	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM, Fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> Otros, explique	<input type="checkbox"/> Carta de Titular/AM, Fotocopia de DUI

IV. RECLAMO POR PAGO NO ACUMULADO

DETALLE DE RECLAMO (SEÑALE EL(LOS) MES(ES) DE PLANILLA QUE NO COBRÓ)

AÑO:

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<input type="checkbox"/>											

DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE: ACTA COMITÉ MUNICIPAL, COPIA DE DUI DE PERSONA PARTICIPANTE O PERSONA A RIESGO

V. INCORPORACIÓN AL PROGRAMA

CAUSA	DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE
<input type="checkbox"/> No estaba presente durante el proceso de incorporación y la firma de los convenios	Carta de Titular/AM y fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> No aceptó el beneficio	
<input type="checkbox"/> Otros, detallar: <input type="text"/>	

VI. REINCORPORACIÓN AL PROGRAMA

CAUSA	DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE
<input type="checkbox"/> Baja por no presentarse a recibir las transferencias monetarias	Carta de Titular/AM y fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> Renunció al beneficio de la pensión	
<input type="checkbox"/> Baja por traslado de domicilio	
<input type="checkbox"/> Otros, detallar: <input type="text"/>	

Ficha de Atención a Programa Indemnizatorio (FAPI)

VII. BAJA DE PARTICIPANTE	
Nº DE PARTICIPANTE	NOMBRE
CAUSA	DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Copia acta de defunción
<input type="checkbox"/> Traslado permanente	<input type="checkbox"/> Acta Comité Comunitario
<input type="checkbox"/> Recibe pensión CSR	<input type="checkbox"/> Fotocopia de DUI
<input type="checkbox"/> Renuncia voluntaria al programa	<input type="checkbox"/> Carta de renuncia de Titular/AM
<input type="checkbox"/> Otros, explique**:	<input type="checkbox"/> Fotocopia de DUI y Carta de Titular/AM
RESPONSABLES DE INFORMACIÓN	
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE REPRESENTANTE DE ORGANIZACIÓN	NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DE PERSONA PARTICIPANTE O CORRESPONSABLE
LA FICHA DE ATENCIÓN QUEDARÁ INVÁLIDA, EN CASO DE NO PRESENTAR EL DOCUMENTO SOPORTE QUE CORRESPONDE A LA SOLICITUD EXPUESTA.	