

Acta de Entrega de Información

Correlativo 4393-2019

Fecha 10 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 siete horas con cuarenta y dos minutos del día diez de junio del año dos mil diecinueve.

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

- 1) *El día treinta de mayo del año dos mil diecinueve se recibió una solicitud de acceso a la información pública y datos personales que contiene el siguiente requerimiento de acceso a la información pública y datos personales: "Informarles que fui a la agencia bancaria a retirar el dinero correspondiente al pago del programa indemnizatorio, siendo informados que no les aparece depósito bancario efectuado por la Institución, para el participante que era representado por la ciudadana y que posteriormente fue cambiado a mi persona, para solicitarle que revisen mi caso y poderme depositar el dinero correspondiente al pago que se está desarrollando". Plazo para remitir a la OIR la información en poder de la Institución es del 31 de mayo de 2019 al 13 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

Acta de Entrega de Información

precisa de la información pública que se solicita; d) cualquier dato que propicie su localización con el 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.

2

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 y datos personales recibida por medio del 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 quien indicó por medio de un correo electrónico lo siguiente:
 - 2.1 El monto correspondiente al participante fue depositado a nombre del actual Titular indicado en el convenio correspondiente, de nombre la ciudadana.
 - 2.2 Al momento, como FISDL no se ha recibido indicaciones para realizar cambio de Titular responsable a nombre de la nueva Titular. Como parte de los procedimientos, y con el fin de asegurar que la transferencia se le entregue a la persona correcta, es necesario que el la persona titular del convenio actual autorice oficialmente a un corresponsable (que en este caso sería la otra ciudadana), se anexa el formato para este trámite, de igual manera anexar carta de la actual Titular donde autoriza que su corresponsable le retire la transferencia, adjuntar los documentos únicos de identidad (DUI) de ambos en fotocopia y remitirlos al FISDL en San Salvador.
 - 2.3 En caso de que el monto correspondiente a este pago no fue retirado de la agencia bancaria, se procederá a efectuar reintegro en el siguiente pago, ya que el periodo actual de pago ya finalizó.
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

Acta de Entrega de Información

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*

3

Ficha de Atención a Programa Indemnizatorio (FAPI)

DATOS GENERALES DE TITULAR O AM

Nombre de la persona participante: <input style="width: 90%;" type="text"/>	No. de Convenio: <input style="width: 80%;" type="text"/>
No. de DUI persona participante: <input style="width: 15px;" type="text"/> Municipio: <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Cantón: <input style="width: 80%;" type="text"/> Caserío/AUP: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Fecha de Solicitud: <input style="width: 80%;" type="text"/>

(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"/> II. INCLUSIÓN O CAMBIO DE CORRESPONSABLE <input type="checkbox"/> III. ELIMINAR CORRESPONSABLE <input type="checkbox"/> IV. RECLAMO POR PAGO NO ACUMULADO <input type="checkbox"/> V. INCORPORACIÓN AL PROGRAMA	<input type="checkbox"/> VI. REINCORPORACIÓN AL PROGRAMA <input type="checkbox"/> VII. BAJA DE PARTICIPANTE <input type="checkbox"/> VIII. BAJA DE FAMILIA
--	--

I. CORRECCIÓN DE DATOS DE TITULAR/AM O CORRESPONSABLE

TITULAR O AM	CORRESPONSABLE
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nombre correcto de titular/AM (según DUI)	Nombre correcto del corresponsable (según DUI)
D.U.I. correcto Titular/AM: <input style="width: 15px;" type="text"/>	D.U.I. correcto corresponsable: <input style="width: 15px;" type="text"/>
Fecha de nacimiento: <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 15px;" type="text"/> Parentesco con Titular/AM: <input style="width: 80%;" 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(él) nueva(o) corresponsable (según DUI): <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Número de DUI: <input style="width: 15px;" type="text"/>	FIRMA O HUELLA NUEVO CORRESPONSABLE
Parentesco con la persona participante: <input style="width: 80%;" type="text"/>	GÉNERO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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 ruego	<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 médica
<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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">ENE</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">FEB</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">MAR</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">ABR</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">MAY</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">JUN</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">JUL</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">AGO</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">SEP</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">OCT</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">NOV</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: x-small;">DIC</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			

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

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 style="width: 80%;" 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 style="width: 80%;" type="text"/>	

Ficha de Atención a Programa Indemnizatorio (FAPI)

VII. BAJA DE PARTICIPANTE

N° 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 INFORMACION			
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.