

Referencia   
Espacio reservado

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

1. Datos del Solicitante

Nombre completo  Persona  Jurídica  Natural

Tipo de documento  Nº de documento

Nombre de su representado:  Calidad con la que actúa   
(en caso de actuar por medio de representante debe adjuntar los documentos que la comprueben).

2. Datos estadísticos\*

Género  Nacionalidad  Salvadoreña  Extranjero

Edad  Profesión u oficio

Departamento  Municipio

Nivel Educativo Sin escolaridad  Educación básica  Bachillerato   
Técnico  Licenciatura  Maestría  Doctorado

**FORMA PARTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS POBLACIONALES:**

No pertenezco a ningún grupo poblacional

LGBTI+Q

Lesbiana  Gay  Bisexual  Transexual  Intersexual

Persona no Binarias dentro del género Queer

Afrodescendientes  Otro

Pueblos indígenas  Otro

Indique si posee discapacidad: Física motora  Sensorial   
Intelectual  Motriz  Auditiva  Visual  Otro

¿Cómo se enteró de la existencia de la Ley de Acceso a la Información Pública?  
Prensa  Radio  Televisión  Internet  Otro

\*Nota: esta información es de carácter opcional. Nuestra institución únicamente los utilizara para datos estadísticos de forma general.

3. Medio de notificación

Medio para recibir notificaciones:

- Correo electrónico
- Fax
- Dirección física
- Presencial

Dirección de correo electrónico, dirección física o fax:

*orelca@yahoo.com*

Números de contacto: *2668-0248*

Detalle la información que solicita, de ser posible agregue o anexe elementos que puedan ser de utilidad para ubicar la información:

4. Información que solicita

*Certificación según acuerdo Municipal del Peto de Traspaso del gobierno Municipal anterior a este Concejo Municipal, donde venga expresamente incluido la Matriz de los Proyectos Ejecutados, así como también el reconocimiento de la deuda de los proyectos pendientes de liquidar.*

4. Medio en el que la desea recibir la información

	Electrónico	Impreso
USB	<input type="checkbox"/>	Copia simple* <input type="checkbox"/>
CD*	<input type="checkbox"/>	Copia certificada* <input checked="" type="checkbox"/>
DVD*	<input type="checkbox"/>	Consulta directa <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico	<input checked="" type="checkbox"/>	

**IMPORTANTE:** puede presentar esta solicitud impresa en la Unidad de Acceso a la Información Pública de esta institución o puede enviarla por correo electrónico siempre que conste su firma o huella. En todo caso debe presentar copia de su documento de identidad o adjuntar copia del mismo.

Lugar y fecha de presentación  
*Villa San Antonio 08/09/23*

*[Firma]*  
Firma o huella

Nota: \*Sin perjuicio de la gratuidad en la entrega de la información, las copias simples, certificadas y medios digitales como el CD o DVD, tendrán un costo que deberá ser asumido por el usuario; siempre y cuando los montos estén previamente aprobados por el ente obligado.

**ARQ. FRANCISCO PEREIRA GARCIA**  
Oficial de Información  
**Dirección:**  
Barrio El Centro, frente a Parque Municipal,  
Villa San Antonio, San Miguel  
**Correo electrónico:**  
uaipvillasanantonio1985@hotmail.com  
**Teléfono:** 2681-2324

**Fecha de recepción**  
  
  
Firma \_\_\_\_\_ Sello \_\_\_\_\_