



Acta de Entrega de Información y datos personales

Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local de El Salvador, Oficina de Información y Respuesta (en adelante OIR): San Salvador, a las catorce horas con cincuenta y dos minutos del día tres de noviembre del año dos mil veintiuno.

1

Vista y admitida la solicitud de información pública presentada a esta Oficina, el día veintiséis de octubre del año dos mil veintiuno, identificada con el número correlativo **4875-2021**, por parte de la ciudadana de generalidades ya conocidas, mayor de edad, mediante la cual solicita el siguiente requerimiento de acceso a la información pública y datos personales:

“Por medio del WhatsApp Institucional, se ha recibido una nueva solicitud de acceso a la información pública y datos personales que contiene el siguiente requerimiento de acceso a la información pública: “Señores FISDL: Por este medio hago yo constar, que yo ÁDM comunico por este medio que he sido operada de mi espalda y por tal motivo no puedo salir de mi casa y solicito que mi hija de nombre MJMdO para que ella hará el retiro del dinero del FISDL que recibo como víctima del conflicto armado. Este dinero puede ser entregado a ella ya que esta encargada de mis gestiones legales”. **Plazo para remitir a la OIR la documentación en poder de la Institución es del veintiséis de octubre del año dos mil veintiuno al nueve de noviembre del año dos mil veintiuno a fin de cumplir con el plazo legal establecido en la Ley de Acceso a la Información Pública (en adelante LAIP)”.**

CONSIDERANDO:

- I) El artículo 66, inciso primero de la Ley de Acceso a la Información Pública (en adelante LAIP), establece que cualquier persona o su representante podrán presentar ante el Oficial de Información una solicitud de forma escrita, verbal, electrónica o cualquier medio idóneo, de forma libre o en los formularios que apruebe el instituto.
- II) En atención a lo dispuesto en el artículo 70 de la LAIP, se remitió la solicitud de información 4875-2021, por medio del sistema mecanizado el día veintiséis de octubre del año dos mil veintiuno, a la unidad administrativa de esta Institución correspondiente al departamento de Registro y Transferencias, la cual pudiese brindar la información requerida.

En razón de lo anterior, el área administrativa encargada de proporcionar la información de carácter pública efectuó la recopilación de lo indicado, manifestando lo siguiente:



Acta de Entrega de Información y datos personales

“El procedimiento para cambiar a la persona que cobra las transferencias monetarias establece completar el formulario adjunto, numeral II. **INCLUSIÓN O CAMBIO DE CORRESPONSABLE**, se debe anexar constancia médica y se debe firmar el formulario en las áreas correspondientes. Con esta documentación entregada en la Institución se procede a realizar el cambio y se le notificaría cuando se podría retirar la transferencia monetaria pendiente”.

POR TANTO:

- I) **CONCÉDASE** acceso a la información solicitada al requerimiento indicado, lo cual será remitido al medio de entrega indicado.
- II) **NOTIFÍQUESE** la presente resolución final, la cual será remitida al medio de entrega indicado, tal como se solicitó.
- III) **NO OBSTANTE** el acceso a la información pública concedido anteriormente, se le hace saber que en cumplimiento a lo dispuesto en el Art. 104 de la Ley de Procedimientos Administrativos (LPA), en caso de no estar conforme con las razones y fundamentos expuestos por el suscrito Oficial de Información y Respuestas, tal como lo exige el Art. 65 de la LAIP, o considere que la presente incurre en cualquiera de las causales anunciadas en el Art. 83 de la LAIP, tiene derecho a interponer ante el Instituto de Acceso a la Información Pública (en adelante IAIP), el recurso de apelación conforme a lo establecido en el Art. 82 de la LAIP, para lo cual tiene un plazo de quince días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de la notificación (**el plazo inicia a partir del cuatro de noviembre del año dos mil veintiuno y concluirá el veinticuatro de noviembre del año dos mil veintiuno**), de conformidad a lo regulado en el Art. 134 y 135 de la LPA, ya sea ante esta oficina de Información y Respuestas o en las oficinas del IAIP ubicadas en la Prolongación Avenida Alberto Masferrer y calle al Volcán No. 88, edificio Oca Chang, segundo nivel, San Salvador, El Salvador.


Roberto Molina

Oficial de Información y Respuestas
Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local de El Salvador



Ficha de Atención a Programa Indemnizatorio (FAPI)

DATOS GENERALES DE TITULAR O AM

Nombre de la persona participante

No. de DUI persona participante: Municipio:

Cantón Caserío/AUP:

No. de Convenio:

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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nombre correcto de titular/AM (según DUI)	Nombre correcto del responsable (según DUI)
D.U.I correcto Titular/AM: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	D.U.I correcto responsable: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Fecha de nacimiento: <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>	Fecha de nacimiento: <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco con titular/AM: <input style="width: 100px;" 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(el) nueva(o) responsable (según DUI)

Número de DUI:

Parentesco con la persona participante: GÉNERO: M F

FIRMA O HUELLA 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 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 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	OCI	NOV	DIC
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>

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: 100px;" type="text"/>	

VI. REINCORPORACION 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: 100px;" type="text"/>	

Ficha de Atención a Programa Indemnizatorio (FAPI)

VII. BAJA DE PARTICIPANTE

Nº DE PARTICIPANTE

NOMBRE

CAUSA

DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE

Fallecimiento

Copia acta de defunción

Traslado permanente

Acta Comité Comunitario

Recibe pensión CSR

Fotocopia de DUI

Renuncia voluntaria al programa

Carta de renuncia de Titular/AM

Otros, explique**:

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.