GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL JULIO 2024

AB. DARIO ALEXANDER MACAS.
COORDINADOR AYCF-SMB

INTRODUCCIÓN PROYECTO AYCF-SMB

El Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de los Bancos, en convenio con el Ministerio de Inclusión Económica y Social "MIES" viene ejecutando el Proyecto de Apoyo y Custodia Familiar "AYCF" con una cobertura de 30 niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad y negligencia familiar, cuyo objetivo es brindar una atención integral hacia la restitución de derechos en el fortalecimiento de las relaciones familiares, adecuada convivencia familiar y comunitaria, el correcto desarrollo psicosocial de los NNA, enfocado en mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

El proyecto apoyo y custodia familiar tiene como objetivo garantizar la atención, protección integral y restitución de derechos de niños niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, privados de su medio familiar, y que requieran de una medida de protección.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

El proyecto busca garantizar la protección a las niñas, niños y adolescentes de familias en procesos de crisis, fortaleciendo las relaciones familiares y garantizando un entorno seguro de los NNA, mientras dura el proceso de intervención, para ello, ejecuta dos modalidades de cuidado como: El Apoyo Familiar y la Custodia Familiar.

- Garantizar la ejecución de la medida de protección que el niño, niña o adolescente en situación de riesgo y su familia realmente necesitan, tomando en cuenta su derecho a vivir en familia y en comunidad.
- Brindar atención integral y adecuada con estándares altos que cumplen con las necesidades del niño, niña o adolescente y su familia.
- Apoyar los esfuerzos encaminados a lograr que el niño permanezca bajo la guarda de su propia familia o que se reintegre a ella (…).
- Velar por que, mientras se buscan esas soluciones permanentes, o en los casos en que estas resulten inviables o contrarias al interés superior del niño, se determinen y adopten, en condiciones que promuevan el desarrollo integral y armonioso del niño, las modalidades más idóneas de acogimiento alternativo; (…)

POBLACIÓN OBJETIVO:

Se considerará como población objetivo a niños, niñas y adolescentes desde su nacimiento hasta obtener mayoría de edad, cuyo medio familiar nuclear constituye una amenaza, riesgo y/o vulneración de sus

derechos y que cuenten con referentes familiares hasta el cuarto grado de consanguineidad, aptos y dispuestos para su cuidado y protección, hasta que cese la situación que motivó la custodia familiar y se logre la reinserción a su familia nuclear, mediante resolución administrativa de la autoridad que otorgó la medida de protección.

LUGARES DONDE SE BRINDA LA ATENCIÓN:

- Cabecera Cantonal
- El Chipal
- Ganaderos Orenses
- Amanecer campesino.
- San Bernabé.
- Vía a Guadalupe.

REQUISITOS DE INGRESO A MODALIDAD:

APOYO FAMILIAR:

El niño, niña o adolescente ingresará al programa con la medida de protección administrativa de apoyo familiar, para lo cual se procederá al registro y apertura de un expediente administrativo, que contendrá toda la información relacionada al caso, desde el ingreso hasta el cierre del proceso.

CUSTODIA FAMILIAR:

El niño, niña o adolescente, ingresará al programa con la medida de protección administrativa de custodia familiar, para lo cual se procederá al registro y apertura de un expediente administrativo, que contendrá toda la información relacionada al caso, desde el ingreso hasta el cierre del proceso.

PROCESO DE INTERVENCIÓN:

MODALIDAD APOYO FAMILIAR:

Se procederá a la ejecución de las actividades planteadas en el Proyecto Global Familiar, el mismo que será evaluado trimestralmente y conjuntamente con la familia, su red de apoyo y el equipo técnico de la unidad de atención autorizada, pública o privada, que ejecuta el apoyo familiar e identificando los logros, dificultades, estableciendo ajustes y alcances al proceso de intervención con el niño, niña o adolescente y su familia. Se informará a la autoridad competente con la misma frecuencia.

El equipo técnico de la unidad de atención autorizada, pública o privada, deberá realizar el seguimiento cada 3 meses subsiguientes, mediante reuniones con la familia y su red de apoyo. Se presentará un informe psico-social de la situación familiar a la autoridad competente, evidenciando avances, cese o retroceso en

la situación que generó la intervención. La unidad de atención autorizada, pública o privada, deberá realizar el seguimiento psicológico y social a los niños, niñas, adolescentes y su familia, y velar porque su entorno afectivo sea estable, sostenido y que permita el desarrollo integral en función de su interés superior.

MODALIDAD CUSTODIA FAMILIAR:

La unidad de atención autorizada pública o privada, deberá ejecutar el PGF, para llevar a cabo las actividades acordadas con la familia para lograr los objetivos propuestos. La unidad de atención autorizada pública o privada, deberá realizar el seguimiento y evaluación del PGF. Este proceso consiste en el análisis y recopilación de la información, verificando el cumplimiento de los objetivos propuestos en respuesta a las necesidades de la familia nuclear, permitiéndole a ésta y al equipo replantear los objetivos y formular nuevas estrategias de intervención, si fuera el caso.

LISTA DE DETALLLE DE INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA:

INGRESOS: 0 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**

EGRESOS: 0 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**

HORARIO DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD:

La unidad de atención funciona en horario de
07:30 AM A 13:00
14:30 PM A 17:00

UNIDAD RECURSOS HUMANOS:

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO			
N.	**CARGO**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	COORDINADOR	DARIO ALEXANDER MACAS AMBULUDÍ	1724839541
2	PSICOLOGA CLINICA	MARIA BELEN JARAMILLO MENDOZA	1717068488
3	TRABAJADORA SOCIAL	NANCY KARINA ROJAS ALEJANDRO	2300244460

4	FACILITADORA FAMILIAR	JULISSA JAMILETH OSTAIZA MEZA	1314739119

LISTA DETALLADA DE USUARIOS:

Modalidad: Apoyo Familiar:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	Nº DE CÉDULA
1	ALCIVAR SANCHEZ ALEXANDRA JESENIA	1728473156
2	CHASILUISA SANTACRUZ LIAN MATHIAS	1757907512
3	CHASILUISA SANTACRUZ MILENA CAROLINA	1759511817
4	DIAZ SALAZAR MILEY SALOME	1728396969
5	GREEN MURCIA SCARLETH SOFIA	2351840588
6	GUTIERREZ NIEVE ELVIS LEONEL	1756681076
7	HURTADO QUINTANILLA HECTOR LUCIANO	2351643396
8	LASTRA MANTILLA ANGIE VANESSA	1751693746
9	LITUMA CHALCO PAULINA ALEJANDRA	1728398767
10	LUCAS GARZON ANDRES LEONARDO	0931863195
11	LUCAS GARZON ISRAEL FERNANDO	0954528139
12	MARQUEZ LITUMA FRANCISCO GABRIEL	1728232347
13	MOROCHO TANDAZO LIAM EDUARDO	2351792052
14	MURCIA CASTILLO DILAN MATEO	1754605887
15	PAREDES MALA EDWAR JOSUE	1760784478

16	QUIÑONEZ DÍAZ ROGER ALEXANDER	2350572786
17	ZAMBRANO CEVALLOS ELIZABETH ALEXANDRA	2351864141

Modalidad: Custodia Familiar:

18	JAMA VITE LEINER ANTONIO	1754661864
19	JAMA VITE STEVES ARIEL	1728052737
20	KUNAMP CALERO ANA ELIZABETH	1758169385
21	KUNAMP CALERO MAYKOL ALEXANDER	1758410862
22	MERA MURCIA BRYANNA MAYTE	1757626666
23	PALLO MONTESDEOCA JUSTIN JOSE	1760109460
24	PALLO MONTESDEOCA DILAN JOSUE	1758368151
25	QUIÑONEZ MURCIA WASHINGTON STEVEN	1751679711
26	PINARGOTE BARRE NOELIA SALOME	2300746126
27	PINARGOTE BARRE VALENTINA NAOMI	1757164130
28	PINARGOTE BARRE LUISA GUADALUPE	1757164106
29	VALENCIA TINAJERO DANNA MIKAELA	1757711245
30	ZAMBRANO CARDENAS DYLAN IVAN	1728398924

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GENERAL:

Desempeño excelente en atención a NNA y familias del proyecto AYCF-SMB tareas cumplidas durante el mes (100%).
Trabajos administrativos, creación y actualización de expedientes de casos dentro del proyecto (90%).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO:
Durante el mes el equipo a brindado los siguientes servicios a los NNA:

- Visitas domiciliarias por parte del equipo técnico en cabecera cantonal y en recintos.
- Intervención terapéutica desde el área de psicología.
- Ejecución y seguimiento P.G.F.
- Intervención y acompañamiento psico – social al niño, niña o adolescente de acuerdo a sus necesidades.
- Acompañamiento a la familia biológica a quien se otorgó la custodia familiar, con intervenciones y acompañamiento específico.
- Ficha de seguimiento social.
- Ficha de registro de visitas.
- Convenio de servicios psico-sociales.
- Registros de atenciones médicas y odontológicas.
- Seguimientos educativos.
- Demás necesarios para el cumplimiento del servicio.

Conclusiones:

- El equipo técnico durante el mes de julio ha realizado sus actividades con normalidad.
- En el presente mes el equipo AYCF-SMB no tiene disponibilidad para realizar ingresos de usuarios al proyecto.
- Durante el mes de julio no se realizó el egreso de usuarios pertenecientes a la modalidad de apoyo y custodia familiar.

Recomendaciones:

- Continuar trabajando arduamente en la mejora social con las familias del proyecto AYCF-SMB.
- Que se siga coordinando con entidades públicas y privadas del cantón con la finalidad de garantizar y restituir los derechos de los NNA.
- Continuar realizando las visitas domiciliares, talleres y demás necesarios en el cumplimiento de las medidas administrativas dictaminadas por Junta Cantonal de Protección de Derechos.

Proyecciones para el siguiente mes:

Seguir brindando el servicio de la unidad en el cantón manteniendo una cobertura autorizada de 30 NNA.

Firmado electrónicamente por:
DARIO ALEXANDER MACAS AMBULUDI

Ab. Dario Alexander Macas A.
COORDINADOR PROYECTO AYCF-SMB

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			Ciudad	San Miguel de los Bancos		
Distrito	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores			Discapacidades	
Modalidad	Apoyo Familiar y Custodia Familiar			Nombre del Centro	AYCF - SHB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Noemí Mataila Fernández		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	◯	Si	◯
		Especifique	
Representante de usuario	(X)	No	(X)

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio				✓	
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza					✓
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					✓
4)Las actividades específicas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					✓
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					✓
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio **(*)**					✓

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

Jaramillo BM

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Belén Jaramillo Mendoza.

CI: 171706848-8

07

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha.		Ciudad	San Miguel de los Bancos.	
Distrito	Rumiñahui.		Zona	2.	
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial.	Adultos Mayores		Discapacidades
Modalidad			Nombre del Centro	AYCF-SMB.	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Morocho Tandazo Liam Eduardo		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	X	Si	
		Especifique	
Representante de usuario		No	X

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio					X
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza					X
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					X
4)Las actividades especificas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)				X	
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio				X	

RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO

6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio **(*)**					

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Darío Alexander Macas Antaludi.

CI: 1724839541

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			Ciudad	San Miguel de los Bancos		
Distrito	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores			Discapacidades	
Modalidad	Apoyo y Custodia Familiar			Nombre del Centro	AYCF-SMB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Kassandra Isabel Nieve Mantilla		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	◯	Si	◯
		Especifique	
Representante de usuario	(X)	No	(X)

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio					X
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza					X
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					X
4)Las actividades especificas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					X
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					X
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio **(*)**					X

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Nancy Karina Rojas Alejandro

CI: 2300244460

07

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			Ciudad	San Miguel de los Bancos		
Distrito	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores			Discapacidades	
Modalidad			Nombre del Centro	AYCF - SMB			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Blanca Quintanilla Trujillo		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	◯	Si	◯
		Especifique	
Representante de usuario	(X)	No	(X)

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio					X
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza					X
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					X
4)Las actividades específicas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					X
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					X
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio **(*)**					X

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Julissa Ostaiza

CI: 1314739II-9

07

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha.			Ciudad	San Miguel de los Bancos.		
Distrito	Cumbaya.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial.	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar y Custodia Familiar.		Nombre del Centro	AYCF-SMB.			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Pinargote Barre Valentina Naomi		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	(X)	Si	( )
		Especifique	
Representante de usuario	( )	No	(X)

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio				X	
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza				X	
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES				X	
4)Las actividades específicas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)				X	
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio				X	
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio **(*)**					

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Dorio Macas Ambuludi.

CI: 1724839541