GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO DE GERONTOLOGIA – MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES SIN DISCAPACIDAD

REPORTE AGOSTO 2024

TF. VANESSA BORJA
PS. KARLA ALEXANDRA ORTIZ
PROMOTORAS SOCIAL

AGOSTO 2024

Scanned with CamScanner

RESUMEN.

El GADM San Miguel de los Bancos mantiene un convenio con el Ministerio de Inclusión Económica y Social para continuar con el Proyecto de Gerontología Envejeciendo Juntos, que permite beneficiar directamente a 80 personas adultas mayores en condiciones de pobreza extrema y de vulnerabilidad, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores mediante actividades que promueven el envejecimiento saludable a nivel funcional, cognitivo, afectivo, social y físico.

La Ley Especial del Anciano (1991), señala que el "El Estado protegerá de modo especial a los ancianos abandonados o desprotegidos. Así mismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana con sujeción a la presente Ley".
La atención domiciliaria va de la mano con uno de los pilares principales de la atención gerontológica que es el mantener a la persona adulta mayor dentro de su domicilio el mayor tiempo posible cercado de sus familiares y amigos pues estos constituyen elementos importantes para el mantenimiento de su equilibrio y seguridad emocional además que coadyuva a mantener su autonomía e independencia.

La modalidad de atención domiciliaria para personas adultas mayores sin discapacidad, ofrece un servicio de atención a personas adultas mayores, 240 días al año, de lunes a viernes,
por medio de 2 visitas al mes por persona adulta mayor, con una duración de 2 horas de intervención, las promotoras realizan 4 atenciones por día, con una jornada de trabajo de 8 horas diarias; la atención debe ser integral mediante la estimulación de sus capacidades cognitivas, rehabilitación, actividades de la vida diaria e instrumentales, inducción a la familia en temas de Derechos, cuidados, espacios ambientales adecuados entre otros.

Las personas adultas mayores tienen derecho a expresar su voluntad de ingresar al servicio de atención domiciliaria para personas adultas mayores sin discapacidad, así como para realizar su salida voluntaria cuando lo requiera.

OBJETIVO GENERAL

Homologar y regular la implementación y prestación de servicios de atención domiciliaria para personas adultas mayores tanto del sector público como privado en todo el territorio nacional, con la corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Activar el cumplimiento de los derechos de la persona adulta mayor por medio del proceso de gestión de casos.
- Mejorar o mantener hasta donde sea posible la capacidad funcional y mental de los usuarios, mediante intervenciones que incluyan procesos de rehabilitación terapia ocupacional y psicológica.
- Ofrecer asesoramiento y asistencia a las personas adultas mayores y sus familias en su domicilio para contribuir a mejorar su calidad de vida, generando mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades y hábitos saludables.
- Desarrollar capacidades comunitarias para contribuir a la eliminación de barreras, sean éstas afectivas, de movilidad o físicas, que promuevan la protección y defensa de los derechos de las personas adultas mayores con y sin discapacidad, así como su participación activa dentro de las actividades de su comunidad.

Scanned with CamScanner

DETALLE, ALCANCE Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS

La población objetivo de esta modalidad de atención son Personas mayores de 65 años, en situación de vulnerabilidad, residentes en zonas rurales y urbanas, con riesgo social alto, que no puedan trasladarse a otro servicio de atención gerontológica. Personas adultas mayores en situación de pobreza y pobreza extrema, ubicadas en zonas de alta dispersión geográfica.

Se cuenta con dos unidades de atención SAN MIGUEL DE LOS BANCOS – VISITAS DOMICILIARIAS- AM Y LA UNIDAD AD- GADM SAN MIGUEL DE LOS BANCOS - 2, que brindan servicios en la zona rural del Cantón de San Miguel de los Bancos, abasteciendo a 40 adultos mayores en situación de extrema pobreza, y de vulnerabilidad por cada unidad de atención.

ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES SIN DISCAPACIDAD

¿Descripción?

Las unidades de atención domiciliaria para personas adultas mayores, prestan servicios de atención y cuidado1 en el domicilio de la persona adulta mayor que no puede acceder a los servicios de atención intramurales debido a que presentan características que les dificultan o impiden esta movilización tales como, dispersión de la vivienda, presencia de discapacidad o situación de dependencia.

Un promotor social visita in situ a la persona adulta mayor en su domicilio, la atención incluye actividades familiares de cuidado, rehabilitación, sociales y recreativas, destinadas a fomentar la autonomía, la formación para el cuidado, el entretenimiento, promoviendo la convivencia, participación, solidaridad y su relación con el medio social. Actualmente 40 adultos mayores en situación de extrema pobreza, con dependencia leve, intermedia o moderada son atendidos en cada unidad de atención.

¿A quién está dirigido el servicio?

Este servicio está orientado a: Personas mayores de 65 años, en situación de vulnerabilidad, residentes en zonas rurales y urbanas, con riesgo social alto, que no puedan trasladarse a otro servicio de atención gerontológica. Personas adultas mayores en situación de pobreza y pobreza extrema, ubicadas en zonas de alta dispersión geográfica.

¿Qué necesito para ser parte del proyecto?

Los interesados en ser parte del servicio deben tener en cuenta cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tener 65 años o mas
2. Portar cedula de ciudadanía
3. Ser beneficiario del bono de Desarrollo y/o Mis mejores años
4. Tener IRS (Índice de Registro Social) y Contar con un puntaje máximo de 29.7 en el registro social.
5. Vivir en situación de pobreza, pobreza extrema o vulnerabilidad.

Scanned with CamScanner

-Actividades Profesionales:

El proyecto cuenta con 2 Promotoras Sociales, capacitado y con experiencia para trabajar con personas adultas mayores:

1. Terapista Física
2. Psicóloga

¿Cómo se accede al Servicio de Personas Adultas Mayores?

Acercarse a la Dirección de Desarrollo Social y Cultural del GADM – SMB y poner en conocimiento el caso.

- La Promotora Social procederá a la aplicación de la ficha de vulnerabilidad para determinar si el interesado aplica para ser parte del proyecto.
- Llenar las fichas de ingreso, compromiso y autorización para poder armar el expediente del usuario.

Las promotoras realizan trabajos de focalización con el objeto de ingresar al proyecto, personas adultas mayores que cumplan con los requerimientos para ser parte del servicio.
En el caso de que las personas adultas mayores, no cumpla con los requisitos para el ingreso se derivará y orientará a los familiares o instituciones pertinentes para el posible ingreso a otros servicios.

¿Cuál es el costo?

El proyecto no tiene ningún costo para sus usuarios, ya que se ejecuta bajo el convenio de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) Municipal de San Miguel de los Bancos.

¿Cuál es el horario de atención?

La atención se brinda por medio de 2 visitas al mes por persona adulta mayor, con una duración de 2 horas de intervención, las promotoras realizan 4 atenciones por día, con una jornada de trabajo de 8 horas diarias los días lunes a viernes, no se brinda servicios de atención los fines de semana ni feriados).

COORDINACIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE AGOSTO.

- Actividades de desarrollo de habilidades cognitivas (pintura de cerámicas usando su creatividad).
- Toma de signos vitales (Presión arterial, Saturación)
- Celebración por el Día de los Abuelos.
- Articulación con el Centro de salud para atenciones prioritarias.
- Taller sobre la "Comunicación asertiva y autocuidado"
- Creación del casillero y apoyo en el registro de la cuenta para el Pago Seguro.

TALLERES Y CAPACITACIONES DESARROLLADOS EN EL MES DE AGOSTO:

- Capacitación "Comunicación asertiva y autocuidado"

Scanned with CamScanner

INGRESOS Y EGRESOS DEL MES DE AGOSTO

Durante el mes de agosto se realizan egresos e ingresos de las unidades:

Unidad: San Miguel de los Bancos-viditas domiciliarias-AM	**48869**
EGRESOS	**INGRESOS**
Pedro Enrique Rodríguez Morales	Concepción Florida Olmedo Ponce
Ángel Sandoval Cedeño	Luis Armando Bonilla Ponluisa
Mara Pacheco Peralta	Enrique Bolívar Sánchez Sánchez
Delfina Vázquez Cumbal	Julio César Mera Ramírez
Joaquín Chiran Guáchala	Rosa Cunalata
María Guillermina Caicedo	Cervantes Mario Miño García
Rosa Quinatocte Morocho	Angel Draucin Martínez Merchán

Unidad: AM- GADM SAN MIGUEL DE LOS BANCOS-2	**57450**
EGRESOS	**INGRESOS**
Hilda Maria Segovia Sarmiento	Julio Sigifredo Canchingre Vaca
Maria Concepción Lara Pinto	Santa Teresa Cusme Cusme
Lida Maria Vega Vega	Lucia Beronica Perez Calderon

Elaborado por:

Ft. Vanessa Borja
PROMOTORA SOCIAL

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL SAN MIGUEL DE LOS BANCOS
DIRECCION DE GESTIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31/oct/2024

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N° 0201301434
APELLIDO PATERNO: Vega **APELLIDO MATERNO:** Vega **NOMBRES:** Lida Maria
TIEMPO DE PERMANENCIA: 7m **EDAD:** 91

MOTIVO DE SALIDA

FALLECIMIENTO	( )	VOLUNTAD PROPIA	(✓)	ENFERMEDAD	( )
TRANSFERENCIA	( )	REINSERCIÓN FAMILIAR	( )	OTROS	( ) ESPECIFIQUE

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (SI lo hubiere)
NOMBRES: Rosaura Chango
CI: 1712772993 **EDAD:** 40
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:

ESPOSA/O		HIJOS	(✓)	AMIGOS	( )
OTRA INSTITUCIÓN	( )	OTROS	( )	ESPECIFIQUE	

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: **SECTOR:** **CALLES:**
PRINCIPAL: **N°** **SECUNDARIA:**
TELEFONOS: **REFERENCIA:**

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR **RAZÓN SOCIAL:**
TELÉFONO: **CELULAR:**

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS:
Ninguna

FÍSICAS:
Ninguna.

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS)	SI	( )	NO	( )
APARENTE DESNUTRICIÓN	SI	( )	NO	( )

DISCAPACIDAD:	SI	( )	NO	( )	**TIPO DE DISCAPACIDAD:**
ENFERMEDADES CRÓNICAS:	SI	( )	NO	( )	**CUALES:**
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD	SI	( )	NO	( )	

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Vanessa Borja. Promotora Social
CC: 1804380106

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE: Rosaura Chango.
CC: 1712772993

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE:
CC:

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31/07/2024

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N°: 0400119921
APELLIDO PATERNO: Segobia APELLIDO MATERNO: Sarmiento NOMBRES: Hilda Maria.
TIEMPO DE PERMANENCIA: 10m EDAD: 79

MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA ( ) ENFERMEDAD ( )
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE Dejo de percibir el BMJA por la pension del segunocanuesa

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (Si lo hubiere)
NOMBRES: Vanessa Borja Reinoso
CI: 1804380106 EDAD: 29
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS ( ) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN (X) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: SECTOR: CALLES:
PRINCIPAL: N° SECUNDARIA:
TELEFONOS: REFERENCIA:

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR
TELÉFONO: CELULAR: RAZÓN SOCIAL:

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS:

FÍSICAS:

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO ( )
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )

DISCAPACIDAD: SI ( ) NO ( ) TIPO DE DISCAPACIDAD:
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO ( ) CUALES:
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD
SI ( ) NO ( )

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Vanessa Borja - Promotora Social.
CC: 1804380106

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE:
CC: 1718632563

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE:
CC: 0400119921

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31/07/2024

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR

CI N°: 0801379124
APELLIDO PATERNO: Lara APELLIDO MATERNO: Pinto NOMBRES: María Concepción
TIEMPO DE PERMANENCIA: 1a EDAD: 78
MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA ( ) ENFERMEDAD ( )
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE Cambio de Domicilio

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO:
NOMBRES: (SI lo hubiere)
CI: EDAD:
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS ( ) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE ( )

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: SECTOR:
PRINCIPAL: N° CALLES:
TELEFONOS: SECUNDARIA:
REFERENCIA:

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR
TELÉFONO: CELULAR: RAZÓN SOCIAL:

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS:
Sin problemas a nivel Psicologico.

FÍSICAS:

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO ( )
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )

DISCAPACIDAD: SI ( ) NO ( ) TIPO DE DISCAPACIDAD:
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO ( ) CUALES:
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD SI ( ) NO ( )

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Vanessa Bozic - Promotora Social
CC: 1804380106

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE:
CC:

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE: María Lara.
CC: 0801379124

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31-07-2024

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N°: 170712831-8
APELLIDO PATERNO: Vasquez APELLIDO MATERNO: Cumbal NOMBRES: Delfina.
TIEMPO DE PERMANENCIA: EDAD:
MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA ( ) ENFERMEDAD ( ) Cambio de
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE residencia
PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (Si lo hubiere)
NOMBRES: María Mercedes.
CI: 1710655711 EDAD: 55.
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS (✓) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE
LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: Pedro Vicente M SECTOR: Yo Calacalí Independencia
PRINCIPAL: Km 117 N° CALLES:
TELEFONOS: SECUNDARIA: S/N
REFERENCIA:
EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR
TELÉFONO: CELULAR: RAZÓN SOCIAL:
CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS: Sin Problemas Psicologicos

FÍSICAS: Problema de visión.

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO ( )
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )
DISCAPACIDAD: SI ( ) NO (✓) TIPO DE DISCAPACIDAD:
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO (✓) CUALES:
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD
SI ( ) NO ( )
MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
Hierro	1amp/diaria.

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Kata Ortiz
CC: 0924502966.
Promotora Social

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE:
CC:



Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31-07-2024

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N°: 1725714196.
APELLIDO PATERNO: Caicedo APELLIDO MATERNO: Polozo NOMBRES: María Guillermina.
TIEMPO DE PERMANENCIA: EDAD:
MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA ( ) ENFERMEDAD ( )
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE No cumple con el perfil.
PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (Si lo hubiere)
NOMBRES: Jorge Vicuña.
CI: 172728900-9 EDAD: 27.
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS ( ) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE Nieto.
LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: Mindo SECTOR: Bugambillas. CALLES:
PRINCIPAL: N° SECUNDARIA: S/N
TELEFONOS: REFERENCIA: 50mt del parque-nuevo
EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR
TELÉFONO: CELULAR: RAZÓN SOCIAL:
CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS: Tiende a deprimirse.

FÍSICAS: Presión Arterial.-

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO ( )
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )

DISCAPACIDAD: SI ( ) NO (X) TIPO DE DISCAPACIDAD:
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO ( ) CUALES:
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD SI ( ) NO ( )

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
Losartan 50mg	1 diaria.

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.
Su hija Blanca Ponce y su cónyuge atienden sus necesidades en relación a la Salud - Citas Km MGI y Psicologia.
Continuar con las Citas Psicologicas.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Karla Ortiz
CC: 0924502966 Promotor Social

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE: Jorge Vicuña
CC: 172728900-9

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE:
CC:

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31-07-2024

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N°:
APELLIDO PATERNO: Chilan APELLIDO MATERNO: Guachela. NOMBRES: Joaquin
TIEMPO DE PERMANENCIA: EDAD:
MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA ( ) ENFERMEDAD ( )
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE Cambio de residencia.

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (Si lo hubiere)
NOMBRES: Maria Mercedes
CI: 1710655711 EDAD: 55.
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS ( ) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: Pedro Vicente M. SECTOR: Vía Calacali-Independencia CALLES:
PRINCIPAL: Km 117 N° SECUNDARIA: S/N
TELEFONOS: REFERENCIA:

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR
TELÉFONO: CELULAR: RAZÓN SOCIAL:

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS:
- Dificultad en el habla.
- Suele deprimirse.

FÍSICAS:
- Antecedentes de Derrame cerebral - hace un año.
- Acude a terapias físicas a San Miguel de los bancos
- Paraplejia en un lado del cuerpo.

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO ( )
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )

DISCAPACIDAD: SI ( ) NO ( ) TIPO DE DISCAPACIDAD:
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO ( ) CUALES:
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD SI ( ) NO ( )

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
Vakote	2 v. c/12
Sebastatim	
Losartan 50mg	1 vez 1
	2 veces.

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO: Moditem.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.
Su hija se encarga de los cuidados del adulto mayor

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Kaila Ortiz
CC: 0924502966
Promotora

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE:
CC:

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE:
CC:

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31-07-2024

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N°: 171041496 0
APELLIDO PATERNO: Quinatoa **APELLIDO MATERNO:** Morocho **NOMBRES:** Rosa, Elvira
TIEMPO DE PERMANENCIA: **EDAD :**
MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA (X) ENFERMEDAD ( )
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (Si lo hubiere)
NOMBRES:
CI: EDAD:
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS ( ) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: San Miguel de los Bancos **SECTOR:** Pueblo Nuevo **CALLES:**
PRINCIPAL: Calle 17 de Julio **N°** **SECUNDARIA:** S/N
TELEFONOS: **REFERENCIA:** Quebrada de Pueblo Nuevo.

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR
TELÉFONO: CELULAR: **RAZÓN SOCIAL:**

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS: Sin Problemas psicológicos

FÍSICAS: Discapacidad física
Usa bastón.

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO ( )
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )
DISCAPACIDAD: SI ( ) NO ( )
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO ( ) **TIPO DE DISCAPACIDAD:**
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD **CUALES:**
MEDICINAS SI ( ) NO ( )

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto. Conserva su autonomía en el exterior, Acude al centro diurno Lazy Vida.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Kasta Ortiz
CC: 0924502966
Promotora Social

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE: Rosa Quinatoa
CC:

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31-07-2024

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N°: 1703705697
APELLIDO PATERNO: Rodriguez APELLIDO MATERNO: Morales NOMBRES: Pedro Enrique

TIEMPO DE PERMANENCIA: EDAD:

MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA (X) ENFERMEDAD ( )
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (Si lo hubiere)
NOMBRES:
CI: EDAD:

RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS ( ) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: San Miguel de los Bancos SECTOR: CALLES:
PRINCIPAL: Calle 17 de julio N° SECUNDARIA:
TELEFONOS: S/N REFERENCIA:

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES: RAZÓN SOCIAL:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR
TELÉFONO: CELULAR:

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS: Sin Problemas Psicologicas.

FÍSICAS: Conserva su autonomía.

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO ( )
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )

DISCAPACIDAD: SI ( ) NO (X) TIPO DE DISCAPACIDAD:
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO ( ) CUALES:
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD SI ( ) NO ( )

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.
El adulto mayor no padece de enfermedades, ante alguna dolencia consume medicinas Naturales.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE:
CC:

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE: Karla Ortiz
CC: 0924502966
Karla Ortiz

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE:
CC: 1703705697

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31-07-2024.

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N°: 1300567714.
APELLIDO PATERNO: Sandoval APELLIDO MATERNO: Cedeño NOMBRES: Angel Gualberto.
TIEMPO DE PERMANENCIA: EDAD:

MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA (X). ENFERMEDAD ( )
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (Si lo hubiere)
NOMBRES: Laura Esperanza Sandoval Quiroz
CI: 1309484043 EDAD: 43.
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS (X) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: San Miguel de los Bancos SECTOR: Nueva ciudad. CALLES:
PRINCIPAL: Vía a Quito N° S/N. SECUNDARIA:
TELEFONOS: REFERENCIA:

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR RAZÓN SOCIAL:
TELÉFONO: CELULAR:

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS: No le agrada recibir visitas. tiende a enojarse con la esposa.

FÍSICAS: Cataratas en visión izquierda Presión alta.

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO (X).
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )

DISCAPACIDAD: SI ( ) NO ( ) TIPO DE DISCAPACIDAD:
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO ( ) CUALES:
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD
SI ( ) NO ( )

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS
Enalapril 10mg	1Ct.

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.
Su hija refiere que actualmente se encuentra su papá en el Carmen con familiares y se encuentra aprox 3 meses

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Laura Sandoval.
CC:
FIRMA DEL FAMILIAR.

FIRMA (FAMILIAR)
NOMBRE:
CC:

Promotor Social: Karla Ortiz 0924502966.

FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE:
CC:

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

SALIDA O EGRESO
FICHA Nro 6
INSTRUCCIONES

FICHA N° 6 SALIDA/EGRESO

FECHA DE SALIDA: 31-07-2024.

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR
CI N°: 1703553650
APELLIDO PATERNO: Pachew **APELLIDO MATERNO:** Peralta. **NOMBRES:** María teodora
TIEMPO DE PERMANENCIA: **EDAD :**

MOTIVO DE SALIDA
FALLECIMIENTO ( ) VOLUNTAD PROPIA (X) ENFERMEDAD ( )
TRANSFERENCIA ( ) REINSERCIÓN FAMILIAR ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

PERSONA RESPONSABLE DEL EGRESO: (Si lo hubiere)
NOMBRES:
CI: EDAD:
RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:
ESPOSA/O HIJOS ( ) AMIGOS ( )
OTRA INSTITUCIÓN ( ) OTROS ( ) ESPECIFIQUE

LUGAR EN EL QUE VIVIRÁ LA PERSONA ADULTA MAYOR:
CIUDAD: San Miguel de los bancos SECTOR: Barrio La Luz CALLES:
PRINCIPAL: calle 17 de julio. N° SECUNDARIA:
TELEFONOS: REFERENCIA: Pitzeria el Grillo.

EN CASO DE SER REFERIDO A OTRA INSTITUCIÓN O INSTANCIA COMUNITARIA
(Adicionalmente incluir los siguientes datos):
NOMBRES:
NOMBRE DIRECTOR/COORDINADOR RAZÓN SOCIAL:
TELÉFONO: CELULAR:

CONDICIONES AL EGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR AL CENTRO:
PSICOLÓGICAS: Sin Problemas Psicológicas

FÍSICAS: Discapacidad auditiva.

PRESENTA SINTOMAS DE DESHIDRATACIÓN (LABIOS SECOS) SI ( ) NO ( )
APARENTE DESNUTRICIÓN SI ( ) NO ( )

DISCAPACIDAD: SI (X) NO ( ) **TIPO DE DISCAPACIDAD:** Auditiva.
ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI ( ) NO ( ) **CUALES:**
ESTÁ EN TRATAMIENTO POR ALGUNA ENFERMEDAD SI ( ) NO ( )

MEDICINAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Alertar sobre riesgos, peligros para sí mismo y/o para el resto.
Se recomienda que continue con sus controles médicos.

FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO QUE EGRESA
NOMBRE: Karla Ortiz
CC: 0924502966.

FIRMA FAMILIAR
NOMBRE:
CC:



FIRMA TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE:
CC:

FIRMA O HUELLA DEL ADULTO MAYOR
NOMBRE:
CC:

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

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

DATOS GENERALES

rovincia	Pichincha.			Ciudad	SMB		
istrito	Rumiñahui			Zona	2		
rvicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores		/	Discapacidades	
odalidad	Atencion Domiciliaria			Nombre del Centro	CD-DOM SAN MIGUEL DE LOS BANCOS - 2		

DATOS INDIVIDUALES

sted es: Gloria Agripina Barbaran		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
suario	/	SI	○
		Especifique	
epresentante de usuario	○	No	/

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
	☹	🙁	😐	🙂	😊
ué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde sted recibe el servicio					/
Equipamiento, material e insumos que utiliza para las ctividades que realiza					/
El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio ue recibe por parte del MIES					/
Las actividades especificas que realiza en el servicio (ejm rapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					/
Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad el personal que brinda el servicio					/
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda 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 úblico 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

ugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

OMBRE Y APELLIDO Vanessa Borja

: 1804380106

Scanned with CamScanner

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	SMB	
Distrito	Rumiñahui		Zona	2	
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	/	Discapacidades
Modalidad	Atencion Domiciliaria		Nombre del Centro	DD-GADM JM miguel de los Barcos - 2	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Benedita Rosa Balderramo	¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	✓	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	✓

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 : _____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Vanessa Borja

CI: 1804380106

Scanned with CamScanner

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	SMB		
Distrito	Tumbaco			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	✓	Discapacidades		
Modalidad	Atención Convencional			Nombre del Centro	CD "San Miguel De Los Bancos - 2"		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Jorge Anibal Ayala	¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	✓	SI	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	✓

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 : _____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Vanessa Borja

CI: 1804380106.

Scanned with CamScanner

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		Adultos Mayores	✓	Discapacidades		
Modalidad	Atención domiciliaria			Nombre del Centro	San Miguel de los bancos Visitas domiciliarias AM		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Rosa Cunalata.		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	✓	SI	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	○

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: Karla Alexandra Ortiz.

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias :

Karla Alexandra Ortiz M

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Karla Ortiz Miranda.

CI: 0924502966

Scanned with CamScanner

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		Adultos Mayores	✓	Discapacidades	
Modalidad	Atención domiciliaria	Nombre del Centro	San Miguel de los Bancos VISITAS DOMICILIARIAS 1		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Luis Armando Bonilla Ponluisa	¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	✓	SI	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	○

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 : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTO LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Karla Alexandra Ortiz M

CI: 0924502966

Scanned with CamScanner

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		Adultos Mayores	✓	Discapacidades		
Modalidad	Atención domiciliaria		Nombre del Centro	San Miguel de los Bancos DIS MAS DOMICILIARIAS-AM			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Mario Eduardo Niño García	¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	✓	SI	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	○

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: Karla Ortiz.

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias :

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Karla Ortiz Nivanola

CI: 0924502966

Scanned with CamScanner