GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL SEPTIEMBRE 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.
- Recinto corazón lojano.

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.

EGRESOS: 0 NNA.

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	LASTRA MANTILLA ANGIE VANESSA	1751693746
8	LITUMA CHALCO PAULINA ALEJANDRA	1728398767
09	MARQUEZ LITUMA FRANCISCO GABRIEL	1728232347
10	MURCIA CASTILLO DILAN MATEO	1754605887
11	PAREDES MALA EDWAR JOSUE	1760784478
12	ZAMBRANO CEVALLOS ELIZABETH ALEXANDRA	2351864141
13	BRAVO ALAVA ANDREA MARIA	1758817900
14	BRAVO ALAVA CARLOS ANDRES	1761114733
15	ALAVA ESMERALDAS EDUARDO FABRICIO	1758822173

Modalidad: Custodia Familiar:

16	JAMA VITE LEINER ANTONIO	1754661864
17	JAMA VITE STEVES ARIEL	1728052737
18	KUNAMP CALERO ANA ELIZABETH	1758169385

19	KUNAMP CALERO MAYKOL ALEXANDER	1758410862
20	MERA MURCIA BRYANNA MAYTE	1757626666
21	PALLO MONTESDEOCA JUSTIN JOSE	1760109460
22	PALLO MONTESDEOCA DILAN JOSUE	1758368151
23	QUIÑONEZ MURCIA WASHINGTON STEVEN	1751679711
24	PINARGOTE BARRE NOELIA SALOME	2300746126
25	PINARGOTE BARRE VALENTINA NAOMI	1757164130
26	PINARGOTE BARRE LUISA GUADALUPE	1757164106
27	VALENCIA TINAJERO DANNA MIKAELA	1757711245
28	ZAMBRANO CARDENAS DYLAN IVAN	1728398924
29	MORENO MORENO MILTON ANDRES	1728119072
30	MOROCHO TANDAZO LIAM EDUARDO	2351792052

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GENERAL:

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

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE:
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.
- Investigaciones psicosociales preliminares.
- 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.
- Talleres con NNA y sus familias.

Conclusiones:

- ✓ Mantener la unidad de atención con la cobertura completa de profesionales de cada área de atención con la finalidad de mantener el servicio completo.
- ✓ Durante el mes de septiembre se realizaron juntas de familia para evaluaciones de PGF donde se trabajó en el reconocimiento de necesidades individuales y familiares, capacidades y generación de objetivos para fomentar las oportunidades para la inclusión.
- ✓ Se brindó acompañamiento psicosocial profesional a los NNA y las familias beneficiarias del proyecto, de esta manera se entiende las particularidades de cada familia, se abordó situaciones conflictivas y se gestionó procesos de inclusión tanto en el sistema educativo y social.

Recomendaciones:

- Dar continuidad a los seguimientos familiares ajustándose a los horarios familiares, con la finalidad de mantener el contacto directo y abordar situaciones negativas que se encuentran atravesando las familias.
- Las atenciones psicológicas se fundamentarán en el uso de estrategias que se adecúen a los usuarios y a sus problemáticas.
- Dar continuidad a los seguimientos realizados al equipo técnico; así como mantener la cobertura de atención en los horarios previamente acordados con las familias.

Proyecciones para el siguiente mes:

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

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-SMB.	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Jitumo Chalco Paulina Alejandra.	¿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 : _____

_____

GOBIERNO AUTONOMO
DESCENTRALIZADO MUNICIPAL
SAN MIGUEL DE LOS BANCOS
DIRECCION DE GESTION DE
DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Ab. Darío Macas A.

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: Fabricio Álava Esmeraldas		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	(x)	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 Belén Jaramillo

CI: 1717068488

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

DIRECCION DE GESTION DE DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL

04

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: Andrea Bravo Álava		¿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					–
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

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Belén Jaramillo

CI: 171706848-8

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL SAN MIGUEL DE LOS BANCOS
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL

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:		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario ✓ Costta Mantilla Angie Vanessa		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					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 : _____

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL SAN MIGUEL DE LOS BANCOS
DIRECCION DE GESTION DE DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Nancy Karina Rojas

CI: 2300244460

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	Apoyo y Custodia Familiar			Nombre del Centro	AYCF- SMB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	Utuma Chalco Paulina Alejandra (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 Nancy Karina Rojas

CI: 1300244446

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO SAN MIGUEL DE LOS BANCOS
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y CULTURA