



Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal
de San Miguel de Los Bancos

ADMINISTRACIÓN 2023-2027

Decreto 115 - 14 de Febrero



**GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL
CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS**

**PROYECTO DE GERONTOLOGIA – MODALIDAD ATENCIÓN
DOMICILIARIA**

REPORTE DICIEMBRE 2024

**LCDO. GLEN SOLORZANO
COORDINADOR DE PROYECTOS SOCIALES DE EJECUCIÓN
DIRECTA.**

DICIEMBRE 2024



Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de Los Bancos

ADMINISTRACIÓN 2023-2027

Decreto 115 - 14 de Febrero

RESUMEN

El GADM San Miguel de los Bancos y el Ministerio de Inclusión Económica y Social fundamenta la política pública para la población adulta mayor en un enfoque de derechos y define tres ejes para este grupo prioritario de atención:

- **Inclusión y participación social**, considerando a las personas adultas mayores como actores del desarrollo familiar y social;
- **Protección social**, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social;
- **Atención y cuidado**, a través de la operación de centros gerontológicos públicos y privados en articulación interinstitucional y con redes comunitarias.

Los centros gerontológicos de atención domiciliaria prestan servicios de atención y cuidado integral sin internamiento a personas adultas mayores con dependencia leve, intermedia o moderada, enfocada a la promoción del envejecimiento positivo y ciudadanía activa.

La atención se brindará por medio de 2 visitas al mes por persona adulta mayor, con una duración de 2 horas de intervención. Cada promotor social realizará 4 atenciones por día, con una jornada de trabajo de 8 horas diarias los 5 días a la semana; la atención debe ser integral por medio de la estimulación de sus capacidades, asistencia, alimentación, nutrición, rehabilitación, recreación, entre otros.

Las personas adultas mayores tienen derecho a expresar su voluntad de ingresar Al proyecto de atención domiciliaria, así como para oponerse a su ingreso.

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar una atención integral por medio de los servicios.
- Mejorar o mantener –hasta donde sea posible– la capacidad funcional y mental de los usuarios, mediante la participación en terapias y programas adecuados.
- Otorgar un ambiente confortable, seguro, limpio.
- Brindar información sobre la alimentación sana, equilibrada, variada, respetando la capacidad de elección y dietas especiales.

DETALLE, ALCANCE Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS



Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de Los Bancos

ADMINISTRACIÓN 2023-2027

Decreto 115 - 14 de Febrero

La población objetivo de esta modalidad de atención son personas adultas mayores a partir de los 65 años de edad, con dependencia leve, intermedia o moderada.

Se cuenta con 3 unidades de atención en la cabecera cantonal, donde 120 adultos mayores en situación de extrema pobreza, pobres y vulnerabilidad son beneficiarios directos de todos los servicios ofrecidos por la modalidad.

CENTROS GERONTOLÓGICOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:

¿Descripción?

Las unidades de atención domiciliaria para personas adultas mayores, prestan servicios de atención y cuidado 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.

¿A quién está dirigido el servicio?

El proyecto de Gerontología, modalidad atención Domiciliaria va dirigido 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.

¿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. Contar con un puntaje máximo de 29.7 en el registro social.
5. Vivir en situación de pobreza o vulneración de derechos.
6. Contar con un familiar y/o cuidador que lo represente.

-Actividades Profesionales:

El proyecto cuenta con un equipo profesional, capacitado y con experiencia para trabajar con personas adultas mayores:

1. Coordinador
2. Promotor Social

¿Cómo hago el trámite para ser parte del proyecto?

- Acercarse a la Dirección de Desarrollo Social y Cultural del GADM – SMB y poner en conocimiento el caso.
- El Trabajador Social procederá a la aplicación de la ficha de vulnerabilidad e informe social para determinar si el interesado aplica para ser parte del proyecto.



Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de Los Bancos

ADMINISTRACIÓN 2023-2027

Decreto 115 - 14 de Febrero

- Llenar las fichas de ingreso, compromiso y autorización para poder armar el expediente del usuario.
- Asistir de forma permanente a la unidad de atención.

¿Cuál es el costo?

El proyecto no tiene ningún costo para sus usuarios, ya que es financiado en su totalidad por el GADM San Miguel de los Bancos.

¿Dónde y cuál es el horario de atención?

La atención se brindará por medio de 2 visitas al mes por persona adulta mayor, con una duración de 2 horas de intervención, Cada promotor social realizará 4 atenciones por día, con una jornada de trabajo de 8 horas diarias los 5 días a la semana (no hay asistencia fines de semana ni feriados).

COORDINACIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE.

- Ejercicios de equilibrio y fortalecimiento de músculos.
- Actividades académicas sumas y restas.
- Estimulación Viso Motora, juego de tangram.
- Actividad visomotora: elaboración muñeco en pepa de mango.
- Actividades de recuperación de conocimientos y saberes.
- Actividades lúdicas y recreativas, identificar las figuras.
- Actividades de motricidad gruesa y fina.
- Actividad cognitiva y motriz: tarjetitas navideñas.

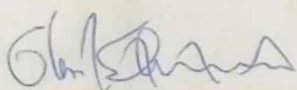
TALLERES Y CAPACITACIONES DESARROLLADOS EN EL MES DE DICIEMBRE:

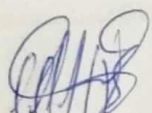
- Musicoterapia – MARCELA LATA
- Charla sobre la salud visual y auditiva – JULEY ALVAREZ
- La Hipertensión – ESTHEFANIA DIAZ

INGRESOS Y EGRESOS DEL MES DE DICIEMBRE

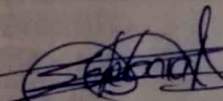
Durante el mes no se registran ingresos ni egresos. A la fecha se cuenta con una cobertura completa en las tres unidades de atención.

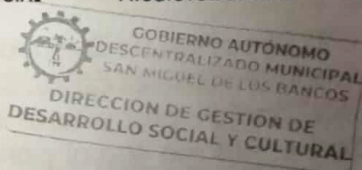
Elaborado por:


Lcdo. Glen Solórzano
COORDINADOR DE PROYECTOS
SOCIALES DE EJECUCIÓN DIRECTA


Sra. Marcela Lata
PROMOTOR SOCIAL


Lcda. Juley Alvarez
PROMOTOR SOCIAL


Tringa Esthefania Diaz
PROMOTOR SOCIAL



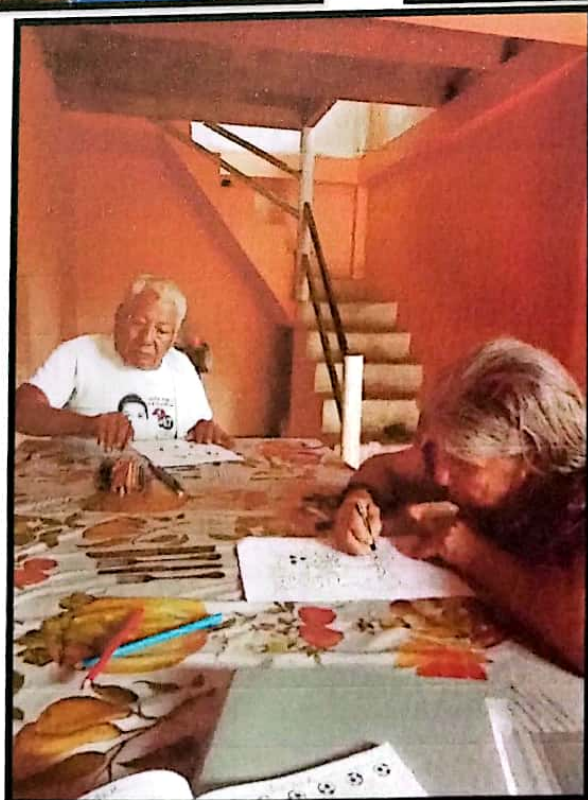
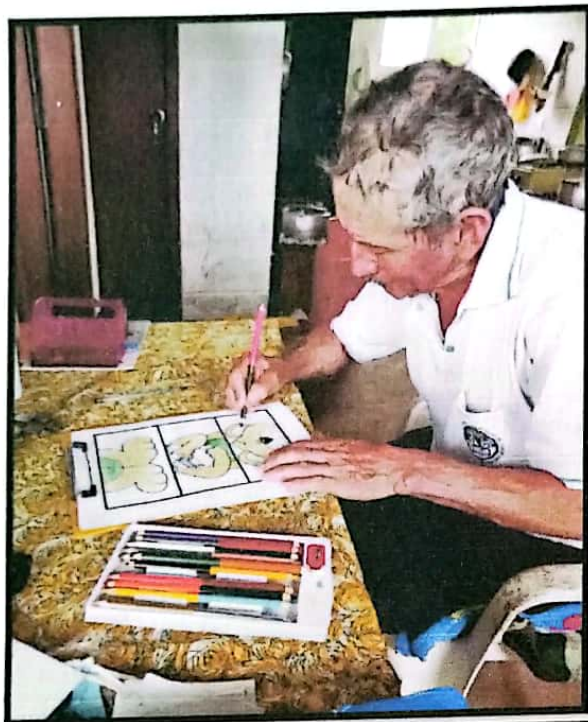
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DEL INFORME DE GESTIÓN 2024

MES: DICIEMBRE

- SAN MIGUEL DE LOS BANCOS - VISITAS DOMICILIARIAS – AM



- SAN MIGUEL DE LOS BANCOS - VISITAS DOMICILIARIAS – AM 2



- SAN MIGUEL DE LOS BANCOS - VISITAS DOMICILIARIAS – SAN BERNABÉ AM 3



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	Los Baños
Distrito	17D12	Zona	2
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	Discapacidades
Modalidad	Domiciliario	Nombre del Centro	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?
Usuario	Si ☐
Representante de usuario	Especifique ☐
	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
	1	2	3	4	5
¿Qué tan satisfecho estas con...?					
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 indicanos 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

CI: 2300461841

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	Los Baños
Distrito	17D12	Zona	2
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	☒
Modalidad	Domiciliario	Discapacidades	☐
Nombre del Centro			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?
Usuario	Si ☒
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 indicanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público:

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdanos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias:

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA
 NOMBRE Y APELLIDO Joley Alvarez
 CI: 2300461841

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	Los Baños
Distrito	17-D12	Zona	9
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	Discapacidades
Modalidad	Domiciliario	Nombre del Centro	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?
Usuario	Si ☐
Representante de usuario	Especifique ☐
	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 indicanos 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 Juley Alvarez

CI: 2300461241

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	Dichincha	Ciudad	Los Bancos
Distrito	Lumitahu	Zona	2
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	X
Modalidad	Atención Domiciliaria	Discapacidades	
Nombre del Centro			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	¿Es usuario de dos o más servicios del MIES?
Usuario	Si ☐
Representante de usuario	Especifique ☐
	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
	1	2	3	4	5
¿Qué tan satisfecho estas con...?					
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 indicanos 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

Ci: 1717067563

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	Los Bancos	
Distrito	Ruminahui		Zona	2	
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	x	Discapacidades
Modalidad	Atención Domestica		Nombre del Centro		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	¿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					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 indicanos 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

CI: 1717067563

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	Los Bancos
Distrito	Ruminahui	Zona	2
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	☒
Modalidad	Domiciliaria	Discapacidades	
		Nombre del Centro	

DATOS INDIVIDUALES

¿Usted es	¿Es usuario de dos o más 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
	1	2	3	4	5
¿Qué tan satisfecho estas con...?					
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio					X
2) El 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 ludicas 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

CI: 1719067563

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	Los Bancos		
Distrito	17 D 12	Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	☒	Discapacidades	
Modalidad	Domiciliaria	Nombre del Centro	Esperanza de Vida		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	¿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 indicanos 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 Marcela Lata H

CI: 171222415-1

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	Los Bancos
Distrito	17 D 12	Zona	2
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	☒
Modalidad	Domiciliaria	Discapacidades	☐
		Nombre del Centro	"Esperanza de Vida"

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	¿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 Marcela Lata

CI: 171222415-1

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	Los Bancos
Distrito	17D12	Zona	2
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	☒
Modalidad	Domiciliaria	Discapacidades	☐
		Nombre del Centro	"Esperanza de Vida"

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	¿Es usuario 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 indicanos 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 Marcela Lata

Ci: 171222415-1