GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL DICIEMBRE 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: APOYO FAMILIAR

EGRESOS: 1 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	10/12/2024	DIAZ SALAZAR MILEY SALOME	1728396969

INGRESOS: 1 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	10/12/2024	NAVARRETE VILLALVA EMERSON MIGUEL	1757817265

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	CARMEN DELIA MOREIRA MUÑOZ	1723998686

4	FACILITADORA FAMILIAR	EVELYN PAOLA CUACES CASTILLO	1725824880

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	NAVARRETE VILLALVA EMERSON MIGUEL	1757817265
5	BRAVO BRAVO KENIA ALEJANDRA	2351868357
6	GUTIERREZ NIEVE ELVIS LEONEL	1756681076
7	BUSTAMANTE GARCÍA GONZALO DAVID	2350991093
8	LITUMA CHALCO PAULINA ALEJANDRA	1728398767
09	MARQUEZ LITUMA FRANCISCO GABRIEL	1728232347
10	MERO BRAVO NAYELI DAMARIS	1728384049
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 (95%).
Trabajos administrativos, creación y actualización de expedientes de casos dentro del proyecto (80%). Debido que la unidad se encuentra con nuevo personal que se esta acoplando a las actividades administrativas y técnicas del proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE:

EL NUEVO ECUADOR — Ministerio de Inclusión Económica y Social

INFORME DE GESTION MENSUAL

ENTIDAD EJECUTORA

FECHA DE ELABORACION DEL INFORME	**31/12/2024**		**No.**	**12(DICIEMBRE)**	
NOMBRE DE LA ENTIDAD EJECUTORA	GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE SAN MIGUEL DE LOS BANCOS				
N° DEL CONVENIO	S/N		AREA:	PROTECCIÓN ESPECIAL	
PROVINCIA	PICHINCHA		MODALIDAD:	APOYO Y CUSTODIA FAMILIAR	
DISTRITO	17D11				
CANTON	SAN MIGUEL DE LOS BANCOS				
PARROQUIA	SAN MIGUEL DE LOS BANCOS		N° DE USUARIOS/AS CONVENIO	30	
NOMBRE DEL TÉCNICO MIES RESPONSABLE:			LCDA. MARCIA TOCA		

Nombre de la Unidad de Atención	No.Personal reconocido por el MIES	Número NNA/ persona con discapacidad o adulto mayor atendidos	Localidad	Parroquia	Distrito
AYCF-SMB	3	30	SAN MIGUEL DE LOS BANCOS	SAN MIGUEL DE LOS BANCOS	17D11

COMPONENTE DEL PROYECTO	% EJECUTADO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	LOGROS Y DIFICULTADES
PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS PREVIO	**0%**	Durante el mes de diciembre no se realizaron investigaciones preliminares referente a este componente	**LOGROS** Ninguna **DIFICULTADES** Ninguna.
COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	**90%**	Reunión entre el equipo técnico AYCF y JCPDNNA SMB, donde se llevó el respectivo análisis de casos atendidos por parte del proyecto. Coordinación con dos instituciones privadas para obtención de recursos agasajo navideño. Dos coordinaciones con instituciones públicas con el fin de restituir derechos de los NNA. Entrega de 1 informes psicosociales a JCPD-SMB para mantener informada a autoridad competente.	LOGROS Se logró el fortalecimiento de relaciones interinstitucionales con las diferentes instituciones locales dentro del cantón. DIFICULTADES Instituciones que desconocen el objetivo del proyecto de apoyo y custodia familiar por lo cual hacen difícil el acceso a la restitución de derechos vulnerados.
PROCESO DE APOYO FAMILIAR	**100%**	Se mantiene cobertura de 15 usuarios en la modalidad de Apoyo Familiar que cuentan con medidad adiministrativas de proteción. Se realizó 1 egreso bajo esta modaliad. Se realizó 1 ingreso bajo esta modalidad.	**LOGROS** Se logro cumplir con los diferentes objetivos planteados con la familia por lo cual se hizo un egreso de usuarios del proyecto. **DIFICULTADES** Bajo interés en pertenecer al proyecto por parte de la familia recién ingresada.
PROCESO DE CUSTODIA FAMILIAR	**100%**	Actualmente existe cobertura de 15 usuarios en la modalidad de Custodia Familiar. No se realizaron ingresos ni egresos durante el mes de diciembre en esta modalidad.	**LOGROS** Se logró establecer acuerdos y compromisos para el proceso de acompañamiento y restitución de derechos en los NNA. **DIFICULTADES** En esta modalidad existén graves problematicas en el entorno social de las familias.
INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS	**90%**	Visitas domiciliarias para realizar seguimiento familiar, conocer la situación actual y verificar el cumplimiento de derechos, así como el cumplimiento del PGF Visitas domiciliarias para atenciones psicológicas con usuarios directos (NNA). Atenciones psicológicas a madres, padres y familiares cuidadores con el objetivo de generar introspección y mayor consciencia de la corresponsabilidad en el proceso psicosocial	**LOGROS** Se logro identificar los factores de riesgo presentes en las familias y conocer las necesidades básicas insatisfechas. **DIFICULTADES** Confusión en la expectativa de la ayuda psicológica en algunas familias.
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	**90%**	Entrega de kits complementarios de alimentación para usuarios y sus familias. Taller “En la Navidad Brillamos Más” con padres y madres de los usuarios. Se realizó 14 Juntas de familia para abordar el PGF. De cada una de ellas.	**LOGROS** Se logró tentregar los 30 kits de alimentos fortaleciendo el derechoa una alimentación sana y equilibrada de nutrientes en los NNA. **DIFICULTAD** Se realizaron PGF postergados de la mayoría de las familias debido a que se postergó su cumplimiento por ausencia del equipo técnico completo calificado dentro del proyecto.

Conclusiones:

- Se considera dar continuidad a los procesos en el Proyecto de Apoyo y Custodia Familiar, con la finalidad de dar seguimiento permanente y poder garantizar los derechos de los NNA que se encuentran en situación de vulnerabilidad.
- Mantener el trabajo articulado con el Sistema de Salud Publica la finalidad de garantizar los derechos, logrando beneficios y atención prioritaria oportuna para los sujetos de derecho del Proyecto de Apoyo y Custodia Familiar SMB.
- El equipo técnico desde sus diferentes áreas cubrió la recolección de información psicosocial dividiendo el alcance del equipo.

Recomendaciones:

- Continuar brindando el servicio en favor de los NNA y su núcleo familiar mensualmente por parte del equipo de la unidad de atención.
- El taller con NNA se ejecutó en coordinación con el MSP como red de apoyo de las familias. Mientras que el Encuentro con familias incluyó la participación de NNA y padres/cuidadores.
- Se realizaron dos juntas de familia donde se logró visualizar los avances y retrocesos de la familia.

Proyecciones para el siguiente mes:

- Continuar brindando el servicio de la unidad de atención en territorio manteniendo una cobertura autorizada de 30 NNA en el proyecto.
- Brindar mejoras técnicas en cada una de las intervenciones con el equipo técnico completo
- Garantizar la restitución de los derechos vulnerados en los NNA en conjunto y trabajo articulado entre instituciones inmiscuidas en protección de derechos.

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	Los Bancos.		
Distrito	Rumiñahui.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial.	Adultos Mayores			Discapacidades	
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	AYCF-SMB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: David Bustamante.		¿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					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 Dario Alexander Macas Ambuludi

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	Los Bancos.		
Distrito	Pichincha.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	AYCT-SMR.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Franklin Mora.		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	◯	Si	◯
		Especifique	
Representante de usuario	(6)	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 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 Juno Alexander Macas Andrade

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				Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar			Nombre del Centro	AYCF - SMB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Clelia Esmeraldas		¿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 : _____

Carmen Moreira

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Carmen Moreira Muñoz

CI: 1723498686

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			
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Custodia Familiar			Nombre del Centro	AYCF-SMB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Noemí Hatailo		¿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 : _____

Carmen Moreira

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Carmen Moreira Muñoz

CI: 1723498686

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			Nombre del Centro	AYCF-SMB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Rosa Belén Alava Esmeraldas		¿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 especificas 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 : _____

_____

Jaramillo

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Belén Jaramillo Mendoza

CI: 1717068488