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

## PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

## REPORTE MENSUAL ENERO 2025

**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.
- Recinto corazón lojano.
- Recinto paisaje del rio blanco.

**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 EGRESOS Y INGRESOS AL PROGRAMA: APOYO FAMILIAR**

EGRESOS: 1 NNA.

| NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EGRESADOS | | | |
|---|---|---|---|
| **NUMERO** | **FECHA** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **NUMERO DE CÉDULA** |
| 1 | 30/01/2025 | DYLAN IVAN ZAMBRANO CARDENAS | 1728398924 |

INGRESOS: 1 NNA.

| NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS | | | |
|---|---|---|---|
| **NUMERO** | **FECHA** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **NUMERO DE CÉDULA** |
| 1 | 30/01/2025 | SARA LIZETH ELIZALDE CHUCHUQUIER | 2352038257 |

**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 | ELIZALDE CHUCHUQUIER SARA LIZETH | 2352038257 |
| 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 (97%).
Trabajos administrativos, creación y actualización de expedientes de casos dentro del proyecto (95%). Debido que la unidad se encuentra con nuevo personal que se está aún acoplando a las actividades administrativas y técnicas del proyecto AYCF-SMB.

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO:**

# INFORME DE GESTION MENSUAL

EL NUEVO ECUADOR — Ministerio de Inclusión Económica y Social

**ENTIDAD EJECUTORA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE ELABORACION DEL INFORME** | **31/1/2025** | **No.** | **01(ENERO)** |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD EJECUTORA | GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE SAN MIGUEL DE LOS BANCOS | | |
| N° DEL CONVENIO | S/D | 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 enero no se realizaron investigaciones preliminares referente a este componente | **LOGROS**<br>Ninguna<br>**DIFICULTADES**<br>Ninguna. |
| **COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL** | **95%** | Reunión entre el equipo técnico AYCF y JCPDNNA SMB, donde se llevó el respectivo análisis de casos priorizados atendidos por parte del proyecto.<br><br>Seis coordinaciones con instituciones educativas con la finalidad de obtener el rendimiento academico de usuarios y sus posibles soluciones.<br><br>Dos coordinaciones con instituciones públicas con el fin de restituir derechos de los NNA.<br>Subcentro de salud.<br>Registro civil.<br><br>Entrega de 1 informe psicosociales a JCPD-SMB para mantener informada a autoridad competente. | LOGROS<br>Se logró el fortalecimiento de relaciones interinstitucionales con las diferentes instituciones locales dentro del cantón, restituyendo derechos vulnerados.<br>Se logró solventar dificultades académicas.<br><br>DIFICULTADES<br>La falta de responsabilidad por parte del tutor y su ausencia en las actividades educativas.<br>Divergencia de expectativas entre los facilitadores y los representantes del centro de salud SMB. |
| **PROCESO DE APOYO FAMILIAR** | **100%** | Se mantiene cobertura de 15 usuarios en la modalidad de Apoyo Familiar que cuentan con medidad adiministrativas de proteción.<br><br>No se ha realizado ingresos ni egresos en esta modalidad. | **LOGROS**<br>Se logro cumplir con los diferentes objetivos planteados con la familia por lo cual se hizo un egreso de usuarios del proyecto.<br>**DIFICULTADES**<br>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.<br><br>Se realizó un ingreso de nuevo usuario al proyecto.<br>Se egreso un usuario bajo esta modalidad de atención. | **LOGROS**<br>Se logró restablecer los derechos de un NNA por lo cual se realizó su salidad una vez cumplidos los objetivos del P.G.F.<br><br>**DIFICULTADES**<br>Doble registro de la nueva usuaria en esta modalidad en el sistema SIMIES. |
| **INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS** | **98%** | 18 Visitas domiciliarias para llevar a cabo un seguimiento familiar, evaluar la situación socioeconómica y verificar el cumplimiento de los derechos fundamentales, así como el seguimiento del cumplimiento del PGF<br><br>8 Seguimientos educativos con NNA.<br>9 Coordinaciones de citas médicas.<br><br>27 Atenciones psicológicas a madres, padres y familiares cuidadores con el objetivo de facilitar la resolución de conflictos intra e interpersonales, generando mayor autoconsciencia. | **LOGROS**<br>Se logró realizar intervenciones individuales y grupales con NNA buscando facilitar el autoconocimiento de sus propias respuestas y la externalización de emociones displacenteras.<br><br>**DIFICULTADES**<br>Los adultos evidencian poca empatía hacia ciertas conductas del desarrollo infantil.. |
| **EJECUCIÓN DEL PROGRAMA** | **95%** | Taller para usuarios y sus familias con el objetivo de fortalecer el conocimiento de los propios derechos.<br><br>Taller "Conoce tus derechos para defenderlos" con los beneficiarios y sus responsables legales<br><br>Se realizó 1 Junta de familia para abordar el PGF. | **LOGROS**<br>Se logró informar y fortalecer el conocimiento de los derechos de NNA para prevenir vulneración a futuro de los mismos.<br>Se promovió un espacio de reflexión y diálogo, donde tanto los beneficiarios como los responsables legales pudieron compartir experiencias, aclarar dudas y fortalecer sus habilidades.<br><br>**DIFICULTAD**<br>Falta de conocimiento previo sobre los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes. |

**OBSERVACIONES GENERALES**

Se logró el fortalecimiento de relaciones interinstitucionales con las diferentes instituciones locales dentro del cantón.
Se logro cumplir con los diferentes objetivos planteados con la familia por lo cual se realizó un egreso de usuario del proyecto.
La unidad de atención inicio actividades a partir del 06 de enero del presente año.

**RECOMENDACIONES**

• Mejorar el conocimiento previo sobre los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en talleres a impartir por equioo técnico.
- Durante el mes se ejecutaron actividades y ejercicios lúdicos con NNA con el objetivo de establecer relaciones de confianza con sus propias familias y fomentar entornos de aprendizaje.
- •Fortalecer de forma continua las redes de apoyo interinstitucionales y comunitarias, con el fin de optimizar la gestión de los recursos y servicios existentes, garantizando de este modo el bienestar integral y el desarrollo holístico de los niños, niñas y adolescentes dentro del proyecto.

**Conclusiones:**

- Fortalecer de forma continua las redes de apoyo interinstitucionales y comunitarias, con el fin de optimizar la gestión de los recursos y servicios existentes, garantizando de este modo el bienestar integral y el desarrollo holístico de los niños, niñas y adolescentes dentro del proyecto.
- 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.
- Mejorar el conocimiento previo sobre los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en talleres a impartir por equipo técnico.

**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 una junta 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
- Mejorar la coordinación de las visitas domiciliarias entre todos los integrantes del equipo.

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 | | | | Nombre del Centro | AYCF -SMB | | |

### DATOS INDIVIDUALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Usted es: Paulina Lituma Chalco | | ¿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 :** _____

_____

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 | | | | Nombre del Centro | AYCF -SMB | | |

### DATOS INDIVIDUALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Usted es: Alexandra Alcivar Sanchez | | ¿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 :** _____

_____

Carmen Moreira

**FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA**

**NOMBRE Y APELLIDO** Carmen Moreira Muñoz

**CI:** 1723998686

## 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 | Custodia Familiar | | | Nombre del Centro | AYCF-SMB | | |

### DATOS INDIVIDUALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Usted es: Danna Valencia | | ¿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 :** _____

Evelyn. C

**FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA**

**NOMBRE Y APELLIDO** Paola Cuacés

**CI:** 1725824880

## 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: Belén Álava | | ¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES? | |
| Usuario | ◯ | Si | ◯ |
| | | Especifique | |
| Representante de usuario | (X) | 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 :** _____

Evelyn. C

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Paola Cuaces

CI: 1725824880

## 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: Franklin Nero | | ¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES? | |
| Usuario | ◯ | Si | ◯ |
| | | Especifique | |
| Representante de usuario | (X) | 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 :** _____

_____

Jaramillo84

**FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA**

**NOMBRE Y APELLIDO** Belén Jaramillo Mendoza

**CI:** 171706848-8