GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL DICIEMBRE 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 Desarrollo Humano "MDH" 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
- Mindo
- Recinto Amanecer campesino.
- Recinto San Bernabé.
- Recinto corazón lojano.
- Recinto paisaje del rio blanco.
- Recinto 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: 5 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	3/12/2025	ALCIVAR SANCHEZ ALEXANDRA JESENIA	1728473156
2	3/12/2025	BENAVIDES CORTEZ EMELY NATASHA	
3	3/12/2025	BENAVIDES CORTEZ JUAN JOSE	2300833015
4	3/12/2025	QUIÑONEZ MURCIA WASHINGTON STEVEN	1751679711
5	3/12/2025	VALENCIA TINAJERO DANNA MIKAELA	1757711245

INGRESOS: 5 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	3/12/2025	CEDEÑO ALMACHE BRIANA GABRIELA	1756690598
2	3/12/2025	FUELPAZ CUARAN ANIELA MILETH	1728407600
3	3/12/2025	FUELPAZ CUARAN NAOMI ESTEFANIA	2351354259
4	3/12/2025	VERA FLORES KAORI SCARLETH	2351951013
5	3/12/2025	VERA FLORES SAMUEL ANTONIO	1754800793

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:

	LISTADO DE USUARIOS AYCF-SMB	DICIEMBRE

N°	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**Nº DE CÉDULA**
1	ALAVA ESMERALDAS EDUARDO FABRICIO	1758822173
2	BRAVO ALAVA ANDREA MARIA	1758817900
3	BRAVO ALAVA CARLOS ANDRES	1761114733
4	BUSTAMANTE GARCIA GONZALO DAVID	2350991093
5	BUSTAMANTE GARCIA EMILY JAMILETH	2350044000
6	CANTINCUZ GARCIA JONATHAN ESTEBAN	1762945697
7	CANTINCUZ GARCIA DANIELA JOHANA	
8	CEDEÑO ALMACHE BRIANA GABRIELA	1756690598
9	ELIZALDE CHUCHUQUIER SARA LIZETH	2352038257
10	FUELPAZ CUARAN ANIELA MILETH	1728407600
11	FUELPAZ CUARAN NAOMI ESTEFANIA	2351354259
12	GUTIERREZ BORGES DANNA SOFIA	1761647153
13	GUTIERREZ NIEVE ELVIS LEONEL	1756681076
14	LOOR BASANTES AILYN ISABELLA	1760775757
15	MERA MURCIA BRYANNA MAYTE	1757626666
16	MERO BRAVO KENIA ALEJANDRA	2351868357
17	MERO BRAVO NAYELI DAMARIS	1728384049
18	MORENO MORENO MILTON ANDRES	1728119072
19	MURCIA VISUMA NEYMAR ALEJANDRO	1757343106
20	MURCIA VISUMA DANNA VALENTINA	2351971193
21	NAPA VITE ESTEYNER LEONEL	1758854531
22	NAVARRETE VILLALVA EMERSON MIGUEL	1757817265
23	NIEVE ZAMBRANO NEFERTARIS YUSNAY	1759525718
24	OLMEDO ZHUNAULA IRIS NAOMY	2351391582
25	SERNA PATIÑO AINHOA NICOLE	1759732553
26	SERNA PATIÑO FERNANDA ISABEL	1728244938
27	VERA FLORES KAORI SCARLETH	2351951013

28	VERA FLORES SAMUEL ANTONIO	1754800793
29	ZAMBRANO CEVALLOS ELIZABETH ALEXANDRA	2351864141
30	ZAMBRANO NIEVE PABLO DARKIEL	1760725729

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GENERAL:

Desempeño 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 (97%).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE:

COMPONENTE DEL PROYECTO	% EJECUTADO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	LOGROS Y DIFICULTADES
PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS PREVIO	100%	Durante el mes de noviembre el equipo técnico realizó 1 investigaciones preliminares.	**LOGROS** Identificación de la situación psicosocial y dinámica familiar. Determinación de factores de riesgo y factores protectores. Evaluación de la existencia de vulneración de derechos. **DIFICULTADES** Tiempo limitado del equipo técnico debido a la ejecución de diversas actividades.
COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	100%	3 Entregas de informes piscosociales a JCPDNNA SMB, 2 Asistencias a audiencias se seguimiendo de medida. 20 Articulaciones con unidades educativas del cantón. Coordinación con el subcentro de salud para citas medicas. 4 Entregas de oficios a personas naturales y empresas del cantón, con el propósito de gestionar apoyo y aportes en beneficio de los usuarios del proyecto por la época navideña.	**LOGROS** Fortalecimiento de la coordinación interinstitucional entre el equipo técnico del proyecto AYCF y JCPD. Mediante la gestión realizada, se obtuvieron recursos económicos para agasajo navideño de usuarios AYCF. **DIFICULTADES** Recursos económicos limitados.
PROCESO DE APOYO FAMILIAR	95%	Se mantiene cobertura de 22 usuarios en la modalidad de Apoyo Familiar que cuentan con medidad administrativas de protección. Se realizó el egreso de 4 usuarios en esta modalidad. Se realizó el ingreso de 3 usuario en esta modalidad	**LOGROS** Incorporación oportuna de usuarios al proyecto bajo las modalidades de Apoyo Familiar y Custodia Familiar. **DIFICULTADES** Desafíos al coordinar con los servicios de salud. Desafíos al recopilar información integral sobre la situación familiar.
PROCESO DE CUSTODIA FAMILIAR	100%	Actualmente existe cobertura de 8 usuarios en la modalidad de Custodia Familiar. Se realizaron 1 egreso de usuarios bajo esta modalidad. Ingreso de 2 usuario en esta modalidad.	**LOGROS** Incorporación oportuna de usuarios al proyecto bajo las modalidades de Apoyo Familiar y Custodia Familiar. **DIFICULTADES** La falta de cédula de identidad en algunos NNA retrasó el proceso de ingreso.
INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS	95%	Visitaa Domiciliaria para evaluar la situación familiar, identificar necesidades actuales, y verificar el cumplimiento de los derechos fundamentales, así como la observancia del cumplimiento del PGF Visitas domiciliarias para atenciones psicológicas con usuarios directos (NNA). Atenciones psicológicas a madres, padres y familiares cuidadores con el objetivo de intervenir, acompañar y orientar en las diversas dificultades psicológicas personales/familiares. Visita domiciliaria para evaluar la situación familiar, identificar necesidades prioritarias, verificar el respeto y cumplimiento de los derechos fundamentales, y dar seguimiento efectivo a los objetivos planteados en el Plan Global de Familia (PGF).	**LOGROS** Fortalecimiento de los derechos de los NNA, garantizando su acceso a salud, educación y bienestar integral **DIFICULTADES** Los horarios laborales de algunas familias dificultan las visitas domiciliarias. Espacios con múltiples distractores.
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	95%	Taller con Familias "Construyendo Tradiciones Familiares" Taller con niños, niñas y adolescentes con temática "Espacio de convivencia armónica: Coronas mágicas". Entrega de 22 kits de alimentos a familias del proyecto AYCF-SMB 10 Evaluaciones de PGF.	**LOGROS** •Se garantizó el aporte económico en especie por parte del MDH fortaleciendo la •seguridad alimentaria de los usuarios. Se promovió el derecho a la convivencia armónica mediante la generación de espacios de trabajo colaborativo. **DIFICULTADES** Algunas personas requirieron mayor tiempo que otras para realizar la actividad grupal, lo que generó retrasos en el desarrollo de la misma.

Observaciones:

- Los días 9 - 20 - 25 - 27 - 31 El equipo técnico brindo apoyo a la campaña derechos con dignidad del proyecto ETI.
- Durante este mes se realizó la entrega de kits de alimentos a los usuarios del proyecto.
- •El equipo priorizó actividades administrativas por fin de contrato y convenio AYCF.
- El día 25 de diciembre es feriado nacional.

Recomendaciones:

- Continuar fortaleciendo las estrategias de acompañamiento familiar, priorizando la constancia en rutinas de cuidado, convivencia y seguimiento educativo.
- Implementar actividades más dinámicas y adaptadas a los ritmos de los participantes, promoviendo un ambiente seguro, motivador y participativo.
- Desde el área de Trabajo Social se recomienda continuar promoviendo y garantizando el respeto a los derechos de los NNA, asegurando su cumplimiento efectivo en el entorno familiar y social.

Atentamente;

Firmado electrónicamente por:
DARIO ALEXANDER
MACAS AMBULUDI
Validar únicamente con FirmaEC

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	Custodia Familiar			Nombre del Centro	AyCF -SMB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Fuelpaz Cuaran Aniela		¿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 (*)					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 Delia 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	Custodia Familiar			Nombre del Centro	AYCF - SMB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Fuelpaz Guaran Naomi		¿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 (*)					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			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Agnelio Vera Flores		¿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 : _____

_____

Jaramillo64

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO María Belén Jaramillo Mendoza

CI: 171706848-8

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			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Samuel Vera Flores.		¿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 : _____

_____

Jaramillo84

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO María Belén Jaramillo Mendoza

CI: 171706848-8

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**	APOYO Y CUSTODIA FAMILIAR		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Mayte Mera		¿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 **(*)**					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 : _____

Evelyn. C

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Paola Cuacés

CI: 1725824880