GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO DE GERONTOLOGIA – MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA

REPORTE DICIEMBRE 2025

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

DICIEMBRE 2025

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

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 GERONTOLOGICOS 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.

- 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).

COORIDINACIONES Y ACTIVIDAES REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE.

- Actividades de arteterapia
- Actividades de risoterapia.
- Desarrollo de habilidades cognitivas como la atención, memoria y coordinación mano-ojo.
- Actividades de manualidades navideñas.
-

TALLERES Y CAPACITACIONES DESARROLLADOS EN EL MES DE DICIEMBRE.

- Micro- taller de Reeducación de la higiene de manos y pies (corte de uñas)

INGRESOS Y EGRESOS DEL MES DE DICIEMBRE

Durante el mes de diciembre no se realizan egresos ni ingresos.

Elaborado por:

Lcdo. Glen Solórzano
COORDINADOR DE PROYECTOS SOCIALES DE EJECUCIÓN DIRECTA

Sra. Marcela Lata
PROMOTOR SOCIAL

Andrea Cardenas
PROMOTOR SOCIAL

Jessenia Alvarez
PROMOTOR SOCIAL

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL SAN MIGUEL DE LOS BANCOS
DIRECCION DE GESTIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y CULTURAL

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			**Ciudad**	San Miguel de los Bancos		
Distrito	17D12			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**	✓	**Discapacidades**		
Modalidad	Atención 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 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 Hata H

CI: 1712224151

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión nos ayudará a mejorar nuestro servicio.

DATOS GENERALES

Provincia		Ciudad	
Distrito		Zona	
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	Discapacidades
Modalidad		Nombre del Centro	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿Es usuario de los servicios del MIES?
Usuario	Si	
	Cuidador/a	
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 los siguientes aspectos:

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy Satisfecho	Totalmente satisfecho
	1	2	3	4	5
¿Cómo fue atendido en este centro?					
1) El trabajo y las orientaciones del centro le/la han ayudado a mejorar el trato					
2) Los profesionales, tutores/as o cuidados que le/la dan la atención son cordiales					
3) El proceso de ingreso de acceso/participación al servicio fue fácil para Usted					
4) Que el trabajador social le haya tratado en el momento (por teléfono, visita domiciliaria, etc.)					
5) La ubicación, limpieza y comodidad del lugar donde se brinda el servicio					

RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO

El trato y cordialidad de la persona que brinda el servicio [*]					

[*] En caso de que la respuesta sea diferente a 5 responda a la siguiente pregunta que el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indíquenos el motivo del servicio que le brindó 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 LEVANTO LA ENCUESTA

NOMBRES Y APELLIDO

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	17D12			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	/	Discapacidades		
Modalidad	Atención 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 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 Zata H

CI: 1712224151

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha	Ciudad	San Miguel de los Bancos		
Distrito	17 D 12	Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores		Discapacidades	
Modalidad	Atención Domiciliaria	Nombre del Centro	Esperanza de Vida		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿Es usuarios de dos o más servicios del MIES?	
Usuario	○	Sí	○
		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 estás 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 la 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:

Ayudamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias:

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO: Manuela Lista

C.I. 1712 [illegible]

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	17D12			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**	✓	**Discapacidades**		
Modalidad	Atención 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 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 H.

CI: 1712224151

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima, su opinión es importante y nos ayuda a mejorar el servicio de la Casa de

DATOS GENERALES

Provincia	Lubumbo	Ciudad	San Miguel de los Bancos		
Distrito	[illegible]	Zona			
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores		Discapacidades
Modalidad	Hogar Familiar	Nombre del Centro	Escuela de Vida		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		(Es miembro de dos o más servicios del MIES)	
Usuario		Sí	
		Específique	
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 estás 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 de 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 productividad 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 su respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público 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 LEVANTO LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Maria Lalat

Nº 1[illegible]

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			**Ciudad**	S.M.B		
Distrito	Rumiñahui			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**		**Discapacidades**		
Modalidad	Espacios de socialización y encuentro con alimentación.			**Nombre de la Unidad:** Adultos mayores activos GADMSMB1			

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 : _____

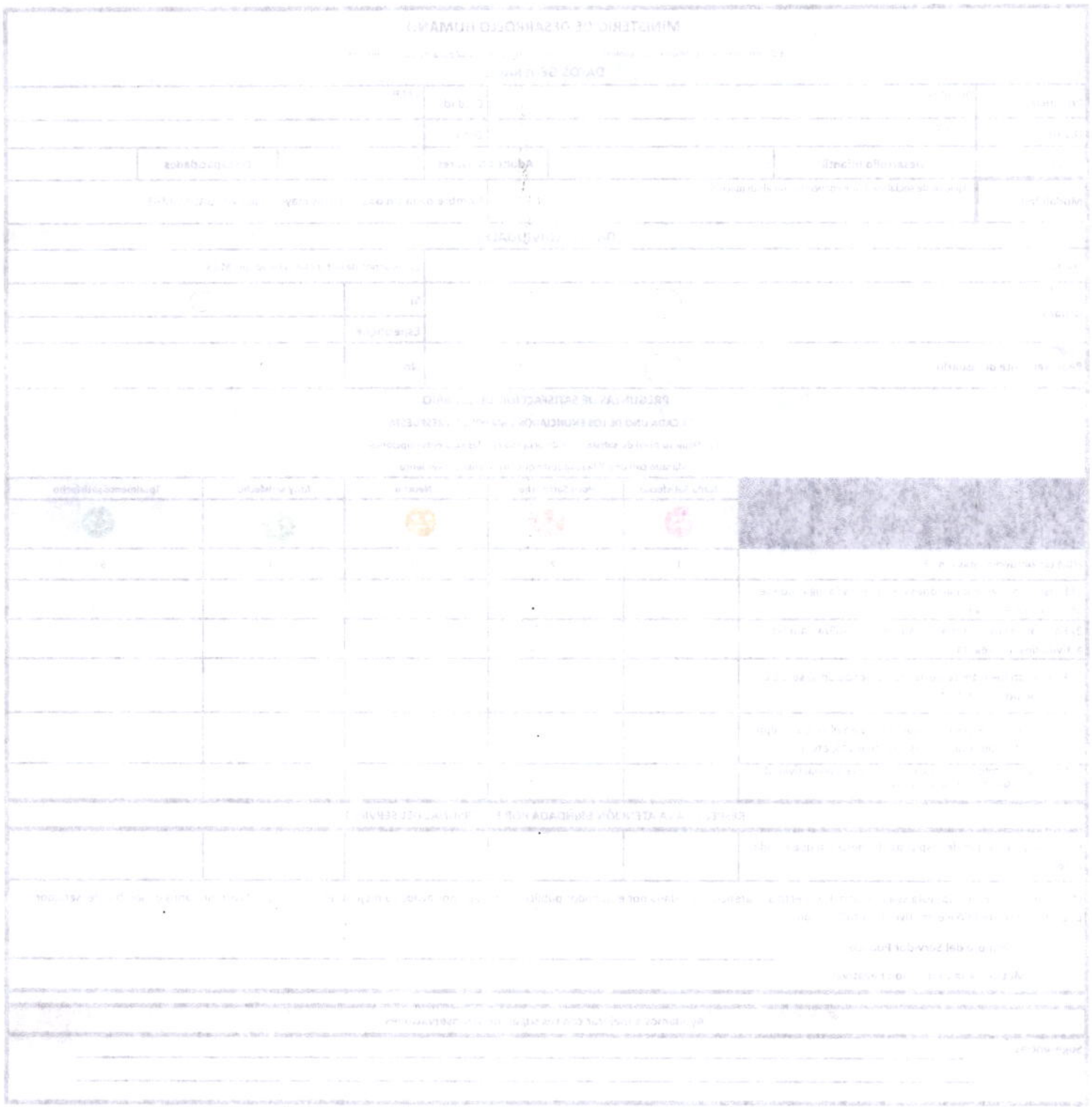
_____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO: Jorge Vicuña

CI:1727289009



MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			Ciudad	San Miguel de los Bancos		
Distrito	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil			Adultos Mayores	X	Discapacidades	
Modalidad	Atención domiciliaria para personas Adultos mayores			Nombre del Centro	San Miguel de los Bancos visitas Domiciliario - AM		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Flavio Alvarado Alvarado		¿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 : _____

Andrea

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Andrea Cadena J

CI: 1722609995

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			Ciudad	San Miguel de los Bancos		
Distrito	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	X	Discapacidades		
Modalidad	Atención domiciliario para personas Adultos mayores			Nombre del Centro	San Miguel de los Bancos visitas Domiciliario - AM		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Enma Floresmila Ramos Suarez		¿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 : _____

Andrea.

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Andrea Cardenas

CI: 1722609995

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	7	
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	X	Discapacidades
Modalidad	Atención domiciliaria para personas Adultos mayores		Nombre del Centro	San Miguel de los Bancos visitas Domiciliario - AM	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Simón Israel Velez Murillo		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	✓	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 : _____

Andrea.

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Andrea Cárdenas

CI: 1722609995