# MDH CONVENIO CON EL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

## PROYECTO DE ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO CON ALIMENTACIÓN

## REPORTE FEBRERO 2026

**TNLGO. S. JORGE VICUÑA**
**FACILITADOR DE ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO CON ALIMENTACIÓN**

**FEBRERO 2026**

**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 permite asegurar 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.

Las unidades de atención en espacios activos de socialización y encuentro, prestan servicios de atención concebidos para la revitalización, socialización y encuentro de las personas adultas mayores, que puedan trasladarse por sus propios medios. En este espacio se trabajará en la prevención y promoción del envejecimiento activo y saludable; mediante actividades recreativas, culturales, sociales, formativas y de prevención, tendientes a la convivencia, participación, solidaridad, relación con familias y comunidad.

**OBJETIVO GENERAL**

Homologar y regular la implementación y prestación de servicios de los espacios activos de socialización y encuentro, tanto del sector público como privado en todo el territorio nacional, con la corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia, de conformidad con la normativa legal vigente.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Crear acciones y programas para promover el envejecimiento activo y saludable de las personas adultas mayores con el fortalecimiento de sus habilidades, destrezas y capacidades.
- Mantener la funcionalidad e independencia de las personas adultas mayores, respetando sus características y niveles de desarrollo, fomentando la participación e integración social.
- Promover el rol de la familia y comunidad en el cuidado, protección y derechos de las personas adultas mayores y la corresponsabilidad intergeneracional.
- Fomentar la asociatividad, el uso adecuado y creativo del tiempo libre, ocio y recreación en las personas adultas mayores.
- Brindar asistencia alimentaria = nutricional a través de una ingesta diaria en las unidades de atención que ofrecen el servicio de alimentación.Activación del cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores.

**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.

Se cuenta con una unidad de atención distribuida en la cabecera cantonal, parroquia de Mindo y Ganaderos Orense donde 70 adultos mayores en situación de extrema pobreza, pobres y vulnerabilidad son beneficiarios directos de todos los servicios ofrecidos por la modalidad.

**ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO CON ALIMENTACIÓN.**

**¿Descripción?**

El proyecto de Espacios de Socialización y Encuentro con Alimentación son espacios de atención intramural donde 70 adultos mayores en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad son atendidos en cada unidad de atención. El GADM- San Miguel de los Bancos-MIES ,ubicadas en la cabecera cantonal ,parroquia de Mindo y recinto Ganaderos Orenses respectivamente, donde los 70 adultos mayores asisten de lunes a viernes de 09h00 à 12h00y de 14h00 à 17h00 donde reciben: atención una atención integral, refuerzo nutricional, ayudas técnicas, atenciones médicas y demás servicios coordinados con instituciones públicas y privadas.

**¿A quién está dirigido el servicio?**

El proyecto de Espacios de Socialización y Encuentro con Alimentación está dirigido a personas adultas mayores a partir de los 65 años, con dependencia

leve y que vivan en situación de extrema pobreza y/o vulneración de derechos.

**¿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 más
2. Portar cédula 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.
7. Tener dependencia leve

**-Actividades Profesionales:**

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

1. Analista distrital
2. Coordinador
3. Facilitador

**¿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 facilitador procederá a la verificación de que si cumple con los requisitos que establece la norma técnica.
- 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 por el MIES en convenio con GAD-SMB.

**¿Dónde y cuál es el horario de atención?**

Las unidades de atención se encuentran ubicadas en:

- **Cabecera cantonal:** Calles 14 de febrero y av. 6 de diciembre, Salón de uso múltiple.

- **Parroquia de Mindo:** Calles Los colibríes y Maniquí
- **Ganaderos**

Los horarios de atención son de lunes a viernes de 09h00 a 12h00 y de 14h00 A 17h00(no hay asistencia fines de semana ni feriados).

**COORDINACIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE FEBRERO**

- Coordinación con Yumbos chocolate
- Coordinación con el Doctor Moya para atenciones y chequeos médicos.
- Caminatas de integración.
- Gerontogimnasia.
- Técnicas de descarga y control socioemocional.
- Estimulación cognitiva mediante sopa de letras , juego de parame la mano, teatro, música, poesía
- Reminiscencia
- Estimulación sensorial mediante juegos de reconocimiento de texturas, olores, sabores y sonidos.
- Charla sobre corresponsabilidad familiar.
- Juegos de coordinación y yincanas.
- ejercicios de memoria a corto plazo,
- Recuperación de creatividad y control del estrés.
- Bailoterapia y brain gym.
- Juegos de integración.
- Estimulación sensorial.
- Caminatas de integración.
- bingo.
- Coordinación para donaciones.
- Coordinación con el M.S.P para entrega de medicamentos y chequeos médicos.
- Actividades de prevención y autocuidado en el adulto mayor.
-

**TALLERES Y CAPACITACIONES DESARROLLADOS EN EL MES DE FEBRERO:**

- Charla sobre corresponsabilidad familiar.
- Manejo de enfermedades crónicas.
- capacitación sobre protocolos.
- Conversatorio sobre prevención de caídas y desmayos.
- Charla sobre protocolos a seguir ante la temporada invernal.
- Prevención de atragantamientos.
- Pautas de descarga emocional.

- Charla sobre la corresponsabilidad familiar.
- Charla sobre la importancia del acompañamiento familiar.

**INGRESOS Y EGRESOS DEL MES DE JUNIO**

Durante el mes no hubo ingresos.

Elaborado por:

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

**Tnlgo. S. JORGE VICUÑA**
**FACILITADOR DE ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO CON ALIMENTACIÓN CONVENIO GADSMB-MDH**

## 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** | 5 MB | |
| **Distrito** | Rumiñahui | | **Zona** | 2 | |
| **Servicio** | **Desarrollo Infantil** | | **Adultos Mayores** | ✓ | **Discapacidades** |
| **Modalidad** | Espacios de socialización y encuentro con alimentación | | **Nombre del Centro** | Adultos Mayores activa 6DPM 5 MB | |

### 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:** 172728400-9

## 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** | SMB | | |
| **Distrito** | Rumiñahui | | | **Zona** | 2 | | |
| **Servicio** | **Desarrollo Infantil** | | **Adultos Mayores** | ✓ | **Discapacidades** | | |
| **Modalidad** | Espacios de socialización y Encuentro con alimentación | | **Nombre del Centro** | Adultos Mayores activos - CADM - SMB | | | |

### DATOS INDIVIDUALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Usted es:** Usuario | ✓ | ¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES? | |
| | | **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:** 1727289006-9

## 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 | S.M.B | | |
| Distrito | | | | Zona | 2 | | |
| Servicio | Desarrollo Infantil | | Adultos Mayores | / | Discapacidades | | |
| Modalidad | Espacios de socialización y encuentro con alimentación | | | Nombre del Centro | Adultos Mayores activos CADMYSMB1 | | |

### 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:** 1727284000-9

## 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** | SMB | | |
| **Distrito** | Rumiñahui | | | **Zona** | 2. | | |
| **Servicio** | **Desarrollo Infantil** | | **Adultos Mayores** | ✓ | **Discapacidades** | | |
| **Modalidad** | Espacios de socialización y encuentro con alimentación | | **Nombre del Centro** | Adultos Mayores - SDDMSMB1 | | | |

### 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:** 172228400-4

## 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** | S. M. B | | |
| **Distrito** | Rumiñahui | | | **Zona** | 2 | | |
| **Servicio** | **Desarrollo Infantil** | | **Adultos Mayores** | ✓ | **Discapacidades** | | |
| **Modalidad** | Espacios de socialización encuentro | | **Nombre del Centro** | Adultos Mayores activos GADMSMB | | | |

### DATOS INDIVIDUALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Usted es:** Angela 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 :** _____

_____

**FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA**

**NOMBRE Y APELLIDO**

**CI:**