GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO DE GERONTOLOGIA – MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA- *DIRECTO*

REPORTE ABRIL 2026

LCDO. GLEN SOLORZANO

COORDINADOR DE PROYECTOS SOCIALES DE EJECUCIÓN DIRECTA.

ABRIL 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 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).

¿Cuándo y cuál es el horario de atención?

La atención se brinda por medio de visitas domiciliarias por parte de nuestro equipo de trabajo con un total de 4 horas de intervención por semana, distribuidas en 2 días de 2 horas cada una (no hay atención los sábados, domingos ni feriados)

El proyecto se implementará durante 3 años.

¿Cómo hago el trámite para ser parte del proyecto?

- Acercarse a la Dirección de Tercer Sector y Cultura del GADM - Sur y presentar un formulario.

El Trabajador Social procederá a la evaluación de la ficha de inscripción para determinar si el usuario cumple con los requisitos para ser parte del proyecto.

Llenar las fichas de ingreso y egreso y adjuntar documentación requerida.

Asistir de forma obligatoria a la inducción.

¿Qué es el cuesto?

El proyecto no tiene ningún costo para sus usuarios, ya que es financiado y ejecutado por el GADM San Miguel de Urcuquí.

¿Quiénes pueden ser parte del proyecto?

Personas (no hay asistencia antes de semanas mínimas)

Nuestro modelo de atención por medio de visitas domiciliarias, con un total de 4 horas de intervención semanal, distribuidas en 2 días de 2 horas cada una, por un tiempo de 3 años.

Los usuarios serán derivados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y la Dirección de Tercer Sector y Cultura del GADM San Miguel de Urcuquí.

Los usuarios serán seleccionados para participar en el proyecto según los siguientes requisitos:

1. Tener 65 años o más
2. Persona adulta mayor
3. Ser beneficiario de Bono de Desarrollo Humano
4. Contar con un puntaje menor a 47.13 en el registro social
5. Vivir en situación de pobreza o vulnerabilidad
6. Contar con un familiar y/o cuidador que lo respalde

-Actividades Profesionales:

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

1. Coordinador
2. Promotor Social

¿Cuánto hago el trámite para ser parte del proyecto?

- Acercarse a la Dirección de Tercer Sector y Cultura del GADM - San Miguel para conocimiento el caso.

El Trabajador Social procederá a la evaluación de la ficha de inscripción para determinar si el usuario cumple con los requisitos para ser parte del proyecto.

Llenar las fichas de ingreso y egreso y adjuntar documentación requerida.

Asistir de forma obligatoria a la inducción.

¿A quién está dirigido el servicio?

El proyecto de Gerontología Comunidad de Vida Dorotea va dirigido a personas mayores de 65 años de edad que se encuentren en condición de vulnerabilidad o situación de dependencia.

¿Que necesito para ser parte del proyecto?

Los interesados en ser parte del servicio deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tener 65 años o más
2. Persona adulta mayor
3. Ser beneficiario de Bono de Desarrollo Humano
4. Contar con un puntaje menor a 47.13 en el registro social
5. Vivir en situación de pobreza o vulnerabilidad
6. Contar con un familiar y/o cuidador que lo respalde

COORDINACIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE ABRIL

∞Estimulación sensorial manualidad con lentejuelas.
∞ Taller mensual "cineforum".

∞ Estimulación cerebro- motriz y boleado con plastilina.

∞ Dinámica "caja de los recuerdos".

∞ Motricidad fina, juego de puntería destrezas.

∞ Festejo de cumpleaños del mes de abril.

Talleres y capacitaciones desarrollados en el mes de abril.

∞ Fortaleciendo vínculos afectivos "bingo"

∞ Micro taller de prevención de violencia/ maltrato hacía las personas adultas mayores

INGRESOS Y EGRESOS DEL MES DE ABRIL

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

Elaborado por:

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

Lcdo. Glen Solórzano
Andrea Cardenas
COORDINADOR DE PROYECTOS
PROMOTORA SOCIAL
SOCIALES DE EJECUCIÓN DIRECTA

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	X	Discapacidades		
Modalidad	Atención Domiciliaria			Nombre del Centro	Esperanza de Vida		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿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

¿Qué tan satisfecho estas con...?	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
	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 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	X	Discapacidades		
Modalidad	Atención Domiciliaria			Nombre del Centro	Esperanza de Vida		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿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

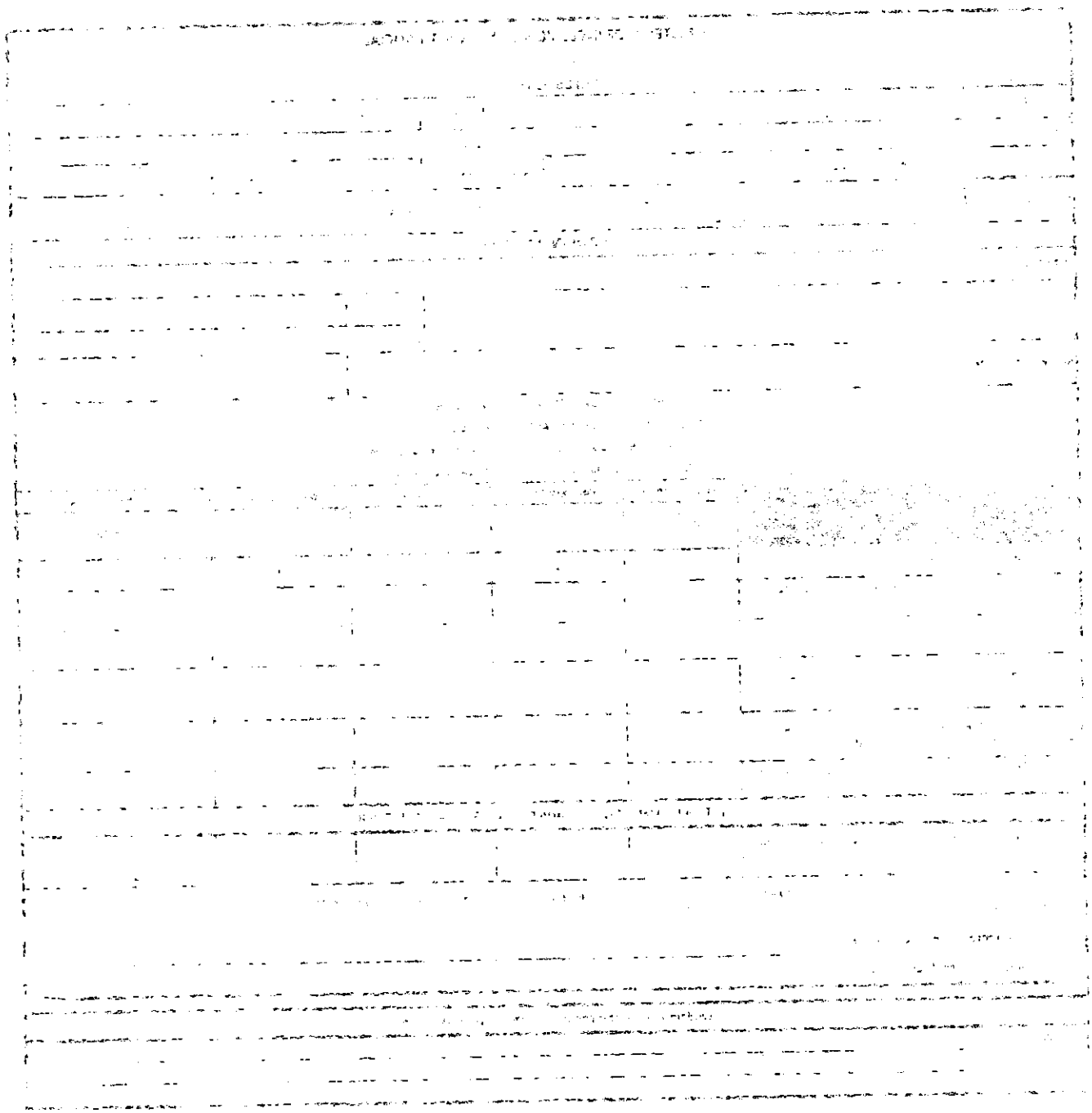
Sugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Marcela Nata H

CI: 1712224151



MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Está 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	17D17			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil			Adultos Mayores	X	Discapacidades	
Modalidad	Atención Domiciliaria			Nombre del Centro	Esperanza de Vida.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿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 : _____

_____

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 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**		/	**Discapacidades**	
Modalidad	Atención Domiciliaria para personas adultas Mayores.			**Nombre del Centro**	San Miguel de los Bancos Visitas Domiciliaria - AM.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	María Romero.	¿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: 172400797-4

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

[illegible]

DATOS GENERALES

[illegible]	[illegible]	Ciudad	[illegible]
Barrio	[illegible]	Zona	[illegible]
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	[illegible]
Modalidad	[illegible]	Nombre del Centro	[illegible]

DATOS INDIVIDUALES

Usted es	[illegible]	[illegible]	
Usuario		Sí	
		Especifique	
Representante de usuario		No	

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

[illegible]

Califique [illegible]

[illegible]

	[illegible]	[illegible]	Neutral	[illegible]	[illegible]
¿Qué tan satisfecho estaba con?	1		3	4	5
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					

RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO

[illegible]					

(*) [illegible]

Nombre de Servidor Público

Nombre de Facilitador [illegible]

Ayudamos a mejorar con sus sugerencias, observaciones

Sugerencias:

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTO LA ENCUESTA

NOMBRE 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	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	✓	Discapacidades		
Modalidad	Atención Domiciliaria para personas adultas mayores			Nombre del Centro	San Miguel de los Bancos Visitas Domiciliario-AM		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Agripina Ajila		¿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: 1724007974

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

[illegible]

DATOS GENERALES

Provincia	[illegible]	Ciudad	[illegible]
Distrito	[illegible]	Zona	[illegible]
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	Desapareciendo
Modalidad	[illegible]	Nombre del Centro	[illegible]

DATOS INDIVIDUALES

Usted es	[illegible]	
Usuario	Sí	
	Especifique	
Representante de un niño	No	

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

[illegible]

	[illegible]	[illegible]	Neutral	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Que tan satisfecho estás con ?	1	2	3	4	5
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					

RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO

[illegible] (*)					

(*) [illegible]

Nombre del Servidor Público

Motivo de la calificación negativa

Ayudanos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias:

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO

[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	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores		/	Discapacidades	
Modalidad	Atención Domiciliaria para personas adultas mayores			Nombre del Centro	San Miguel de los Bancos. Visitas Domiciliaria – AM.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Santiago Maza		¿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: 1724007974

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

[illegible]

DATOS GENERALES

Provincia	[illegible]	Ciudad	[illegible]
Cantón	[illegible]	Zona	[illegible]
Servicio	[illegible]	Adultos Mayores	Discapacidad
Modalidad	[illegible]	Nombre del Centro	[illegible]

DATOS INDIVIDUALES

Estado	[illegible]	[illegible]	
Usuario		Sr.	
		Expediente	
Representante de usuario		Tlf.	

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS AL RESPUESTA

Califique su nivel de [illegible] de usuario en los siguientes [illegible]

[illegible]

	Nada Satisfecho	Poco satisfecho	Neutro	Muy satisfecho	Totalmente Satisfecho
	1	2	3	4	5
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					

[illegible] DEL SERVICIO

[illegible]					

[illegible]

Nombre del Servidor Público

[illegible]

Ayúdanos a [illegible]

Sugerencias

[illegible]

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTO LA [illegible]

NOMBRE Y APELLIDO

[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	Rumiñahui		**Zona**	2	
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**	X	**Discapacidades**
Modalidad	Atención domiciliaria para personas adultas mayores		**Nombre del Centro**	San Miguel de los Bancos Visitas Domiciliarias -AM	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Laura Granizo		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	(Y)	**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

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 adultas mayores			**Nombre del Centro**			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Yolanda Juran		¿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 especificas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					✓
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					✓
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio **(*)**					✓

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor 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: 1122609995

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 adulto mayor		**Nombre del Centro**				

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿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 : _____

Andrea.

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Andrea Cárdenas

CI: 1722609995