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**	SDLS		
Distrito	QUITUMBE			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**		**Discapacidades**	—	
Modalidad	AIC			**Nombre del Centro**	SERVICIO DISCAPACIDAD		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	CAIO TIPANTUÑA	¿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 Anderson Jiménez

CI: 1724467977

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**	SAB		
Distrito	QUITO			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**			**Discapacidades**	—
Modalidad	CIC			**Nombre del Centro**	SERVICIO DISCAPACIDAD		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	ANDREA CHAMBA	¿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 ALEXANDRA JIMENEZ

CI: 1724646777

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**	SAB	
Distrito	Rumiñano		**Zona**	2	
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**		**Discapacidades**
Modalidad	AHC		**Nombre del Centro**	Servicio Discapacidad	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Veronica Montero	¿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 : _____

_____

[signature]

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Andersen Jimenez

CI: 1724616777

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**	SNB		
Distrito	QUITUMBE			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**			**Discapacidades**	
Modalidad	DHC			**Nombre del Centro**	Servicio Discapacidad.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	BRYAN MOREIRA	¿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 ANDREA JIMENEZ

CI: 1724646797

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**	SNB		
Distrito	QUITUMBE			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**			**Discapacidades**	—
Modalidad	DNC			**Nombre del Centro**	SERVICIO DISCAPACIDAD		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	JOVEN ADULTO	¿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 ANDERSON JIMENEZ

CI: 1724646747

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**	SNB		
Distrito	QUITO			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**			**Discapacidades**	—
Modalidad	CNH			**Nombre del Centro**	SERVICIO DISCAPACIDAD		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	JACINTO BARRIGO	¿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 ANDRESITA JIMENEZ

CI: 1724648797

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**	SAB		
Distrito	QUITUMBE			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**			**Discapacidades**	—
Modalidad	AEC			**Nombre del Centro**	SERVICIO DISCAPACIDAD		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	JOSUE ESTRON	¿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 ANDRADE JHANEL

CI: 1724646797

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	AHC			**Nombre del Centro**	SERVICIO DESARROLLO		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	MARCELO JURBO	¿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 ANDERSON JIMÉNEZ

CI: 1724646797

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**	STO		
Distrito	QUITUMBE			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**		**Discapacidades**	—	
Modalidad	DNC		**Nombre del Centro**	SERVICIO DISCAPACIDADES			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	MARJORIE JACOME	¿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 FRANCISCO JIMENEZ

CI: 1724646797

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**	SUR		
Distrito	QUITUMBE			**Zona**	2		
Servicio	**Desarrollo Infantil**		**Adultos Mayores**			**Discapacidades**	—
Modalidad	AMC			**Nombre del Centro**	SERVICIO DISCAPACIDAD		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	OCACIO MINA	¿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 ANDRADE JIMENEZ

CI: 1724764797

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

SERVICIO DE DISCAPACIDAD – MODALIDAD ATENCIÓN EN EL HOGAR Y COMUNIDAD

REPORTE MARZO 2026

MSc. ANDERSON JIMÉNEZ A.
COORDINADOR DEL SERVICIO DE DISCAPACIDAD

MARZO 2026

RESUMEN

Tiene como misión establecer y ejecutar políticas y servicios para la inclusión social y atención en personas con discapacidad que se encuentran en situación de pobreza, a fin de aportar a una movilidad social y salida de la pobreza.

OBJETIVO GENERAL

El Servicio de Discapacidad con modalidad atención en el hogar y comunidad, tiene como objetivo el desarrollo de procesos para mejorar la independencia, inclusión social y económica de los usuarios, a través de un trabajo sistemático y planificado que permita incrementar los niveles de autonomía, participación y actoría social, respetando su características y niveles de desarrollo, siendo fundamental el involucramiento del círculo de apoyo, para la eliminación de barreras y la participación activa de las personas con discapacidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Potenciar el desarrollo de habilidades de las personas con discapacidad a través de un trabajo conjunto con la familia y el técnico o facilitador que se encuentra totalmente capacitado para efectuar actividades en beneficio de la persona con discapacidad con el fin de incrementar su nivel de autonomía y de esta manera poder brindar un servicio de excelencia y calidad a las personas con discapacidad.

TALENTO HUMANO

El Servicio de Discapacidad cuenta con siente facilitadores y un terapeuta ocupacional que ejerce como coordinador del servicio, cabe recalcar que cada técnico es encargado de una unidad de atención, la misma que es conformada por treinta sujetos de derecho o personas con discapacidad.

Funciones del Talento Humano

a. Terapista Ocupacional-Coordinador del Servicio

- Participar en conjunto con el/la facilitador/a de la unidad de atención en el diseño de estrategias y acciones para desarrollar y/o fortalecer las habilidades pre ocupacionales y pre laborales.
- Articular con organizaciones, empresas o instituciones para que las/os usuarias/os participen de los procesos de vinculación con la comunidad, para la inclusión económica y social.
- En coordinación con el equipo de facilitadores, participar en el proceso de valoración del desarrollo de habilidades de los/as usuarios/as atendidos en las unidades.
- En coordinación con el facilitador/es, participar en la elaboración y ejecución del Proyecto de Vida de las/os usuarias/os atendidos en las unidades.
- En coordinación con el/la facilitador/a de la unidad de atención, brindar soporte en la planificación anual y mensual de atención a usuaria/os.
- Elaborar planes de egresamiento, sea para inclusión laboral o medios de vida.

- Diseñar y ejecutar un plan de sensibilización a la comunidad para facilitar la inclusión económica o social de la persona con discapacidad.
- Elaborar informes técnicos de gestión de forma trimestral.
- Participar en conjunto con el/la facilitador/a de la unidad de atención en actividades grupales previstas en la planificación anual o mensual de los usuarios de los servicios, cuando sea pertinente conforme las propuestas de acción comunitaria.
- Otras actividades que designe la/el coordinador, de acuerdo con las necesidades de las/os usuarias/os y de la Unidad de Atención.

b. Facilitador/a:

- Realizar el diagnóstico comunitario en el sector asignado según disposición del coordinador/a cuando corresponda.
- Socializar el objetivo de intervención del servicio de atención en el Hogar y Comunidad, con los actores y líderes comunitarios/as.
- Aplicar la ficha de valoración de desarrollo de habilidades a los/as usuarios/as a su cargo, para ubicar según nivel correspondiente al porcentaje alcanzado.
- Ejecutar el componente de desarrollo humano integral: valoración del desarrollo de habilidades de las/os usuarias/os, planificación mensual y ejecución quincenal.
- Elaborar la planificación y ejecución de actividades con la familia de las personas con discapacidad.
- Elaborar la planificación de trabajo grupal a través de estrategias que le permitan alcanzar sus habilidades.
- Ejecutar el componente comunidad: Sensibilización, conformación de grupo proderecho de las personas con discapacidad (Fortalecimiento del grupo asociativo) o Red comunitaria.
- Coordinar con los usuarios a su cargo, para la designación de comité de cuidadores para personas con discapacidad.
- Elaborar vías y rutas de acceso de los servicios que oferta el Estado y las entidades privadas, para los usuarios.
- Otras actividades que designe la/el coordinador, de acuerdo con las necesidades de las/os usuarias/os y de la Unidad de Atención.

El servicio de Discapacidad en modalidad atención en el hogar y en la comunidad ejercerá las funciones antes señaladas conformes las disposiciones estipuladas en la norma técnica emitida por el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

DETALLE, ALCANCE Y COBERTURA DEL SERVICIO DE DISCAPACIDAD-MODALIDAD ATENCIÓN EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD.

¿Descripción?

Se ejecuta a través de visitas periódicas por parte de las/los técnicos/as de la modalidad de atención en el hogar y la comunidad, en los domicilios de las personas con discapacidad ubicados en zonas rurales y urbano periféricas. Cada unidad de atención está

conformada por una/un técnico/o y 30 personas con discapacidad, sus familias y comunidad. Se realizarán dos visitas al mes, por el tiempo de dos horas cada una.

¿A quién está dirigido?

Personas con discapacidad con diferentes niveles de apoyo, de 18 a 64 años, 11 meses y 29 días ubicados en las áreas rural (amanzanada y dispersa) y urbano-periférico

¿Qué necesito para ingresar al servicio?

- Ser una persona con discapacidad con diferente nivel de apoyo.
- Edad de 18 a 64 años, 11 meses y 29 días.
- Ubicados en las áreas rurales y urbano periférico.
- Documento de identidad (Cédula o pasaporte).
- Carnet de discapacidad.

¿Cómo hago el trámite para ingresar al servicio?

Se puede acercar a la Dirección de Gestión de Desarrollo Social y Cultural a manifestar la necesidad para la atención de la persona con discapacidad que cuente con los requisitos obligatorios de ingreso, para que de esta manera pueda ser socializado el caso y designar un técnico para la pronta comunicación y coordinación para el cumplimiento de las visitas domiciliarias.

¿Cuál es el costo?

El Servicio de Discapacidad no tiene ningún tipo de costo, ya que los gastos de salarios y materiales son cubiertos por parte del GAD Municipal de San Miguel de los Bancos.

¿Dónde y cuál es el horario de atención?

El Servicio se lo realiza mediante visitas domiciliarias en áreas rurales y urbano periféricas que se encuentren dentro del Cantón de San Miguel de los Bancos.

La atención es de lunes a viernes, con excepción de feriados, en el horario de 07:30 a.m. a 05:00 p.m., de manera ininterrumpida.

¿Se requiere llenar algún tipo de documentos para el ingreso al Servicio?

El Servicio de Discapacidad cuenta con documentos habilitantes, los mismos que son puestos en práctica para su cumplimiento por parte del técnico encargado del sujeto de derecho, en este caso se tiene que llenar las siguientes fichas:

- Ficha de Datos Personales
- Ficha de Acta de Compromiso
- Ficha de Caracterización Familiar
- Ficha de Círculos de apoyo

LISTA DETALLADA DE USUARIOS QUE PERTENECEN AL SERVICIO DE DISCAPACIDAD DEL MES DE MARZO

No.	APELLIDOS	NOMBRE	Nº DE CÉDULA
1	BRAVO AGUIRRE	BLANCA ROSA	1712362621
2	CANCHINGRE CAGUA	ANGEL AFRANIO	1718778044
3	CASTILLO MOYA	SARA EDELMIRA	2300406333
4	CHUNGANDRO ALVAREZ	SANDRA IRENE	1709641680
5	CUEVA MORENO	ANA ISABEL	1712551876
6	DELGADO CERQUERA	JONIER ADOLFO	1759990722
7	GIRON JIRON	SANTIAGO JOSUE	1750539460
8	JAMA VALENCIA	DIOSELINA BERTILDA	1311654568
9	LAPO LANCHE	BELGICA	1709006892
10	LOPEZ REBOLLEDO	UFREDO ANTONIO	1710391184
11	MATAILO RAMON	MARTHA ELIZABETH	0701911570
12	MAZA AJILA	VALERIA MARGOTH	1750533984
13	MAZA MAZA	ABEL SERAFIN	1712029683
14	MIÑO GARCIA	SEGUNDO JUAN	1709565467
15	MOREANO FLORES	MARIA CRISTINA	1722614425
16	QUISHPE POROZO	MISHELL ESTHEFANY	1722613237
17	RAMIREZ CANO	MANUEL AGUSTIN	1714106711
18	RAMIREZ GONZALEZ	LAURA CLEMENCIA	1716736432
19	RIERA VERDEZOTO	NELLY CARMITA	0200995504
20	ROMERO ORELLANA	MARTHA ELENA	1706012356
21	SANTOS COLLAGUAZO	MANUEL MARIA	1710961697
22	SUAREZ ENCARNACION	JUAN GABRIEL	1750525725
23	TIPANTUÑA VIRACUCHA	SEGUNDO GALO	1712608429

24	TOAPANTA MEJIA	SEGUNDO ISAIAS	1709945503
25	VERA MACAS	JEFFERSON RICARDO	1725824641
26	FIGUEROA ZAMBRANO	CRUZ MARIA	1304309329
27	MIJAS OLMEDO	LIDA BELEN	1706010632
28	SALAZAR	ANGEL GERONIMO	1705594990
29	SALAZAR MIJAS	BAYRON DANILO	1722612072
30	SARANGO GONZAGA	VICTOR RUPERTO	1707851992
31	ARROYO CHEME	JOSE SAUL	1719978700
32	CALDERON HERNANDEZ	XIMENA BEATRIZ	1712993417
33	CALVA MONCAYO	EUFEMIA GRISELDA	1102859782
34	CEDEÑO MURILLO	DAYANA MISHEL	2350651135
35	GOMEZ BARRE	JAVIER ISRAEL	1717500746
36	JARAMILLO VALLEJO	JUAN FERNANDO	1727517599
37	MORENO JAYA	ADRIAN ARTURO	2300220924
38	PATIÑO	32+A33:D62	1714069802
39	TELLO CHASI	AMANDA BRIGUITTE	1755418066
40	TULCAN PASPUEL	LENIN VICENTE	1722612007
41	VALLEJO OROZCO	CRISTINA PATRICIA	920112042
42	YELA YELA	MIGUEL ANGEL	1718216987
43	ALVAREZ GARCIA	GEOVANNY WILLAN	1718327321
44	BASTIDAS MORA	MARIA ELICENIA	1702008176
45	BAUTISTA JIRON	LUIS MIGUEL	1728549609
46	CATOTA CATOTA	LUISA AIDA	1720978988
47	CELI VALLE	DEL JESUS	1703897056
48	CHUSQUILLO MONTENEGRO	GUSTAVO RONAL	1721261830
49	FARINANGO IPIALES	DEIBY MATIAS	1755627120

50	HURTADO BALSECA	NELSON JOSE	1705063533
51	JARAMILLO VALLEJO	KRISTIAN JESUS	1727517581
52	JIRON MENA	JULIETA BEATRIZ	1751687466
53	LOOR REASCOS	BRAULIO ANTONIO	2351879883
54	MORENO ORDOÑEZ	GISSELA KATHERINE	2300559495
55	MURCIA ROMO	ROMO MARIANA	1702008077
56	QUIROZ OCAMPO	ESTEBAN MISAEL	1756587877
57	RAMOS RAMOS	DORALIZA GUILLERMINA	1101716437
58	SALTOS DIAZ	VIDAL JOFRE	1725519845
59	VELASTEGUI LUZURIAGA	MELIDA LUCILA	1704187135
60	VERA CELI	GLORIA BEATRIZ	1706150214
61	AMBULUDI CALDERÓN	GLADYS SUSANA	2300114176
62	AMORES LUZURIAGA	DIEGO RICARDO	1721611430
63	BERMUDEZ ANGULO	CARLOS ENRIQUE	2350017972
64	BOSQUEZ RODRIGUEZ	OLIVERIO ANDRES	0951178383
65	CANGO MATAILO	JESSICA MARIBEL	2300191810
66	CANO REYES	JAIME WILFRIDO	1717611576
67	CATAGUA CEVALLOS	CARMEN JACQUELINE	1750539346
68	CELI ROSALES	LISSETH YOMAIRA	2350091340
69	CEVALLOS ALCIVAR	ROSARIO TRINIDAD	1307943546
70	CHAMBA MORETA	ANDREA NARCISA	1722611405
71	GUERRRO QUIROZ	GALUD ERCELIA	1722613559
72	JUMBO JUMBO	FRANKLIN MARCELO	1718879859
73	LARA MOSQUERA	LUIS ANGEL	0940437585
74	MENA MENA	ANDRES LIZANDRO	1755639448
75	MORENO JAYA	SELENA FERNANDA	1717334773

76	MURILLO SIMBAÑA	MARCO VINICIO	2350637621
77	MURILLO SIMBAÑA	STALIN MANUEL	2350637662
78	PADILLA LIMAICO	JEFFERSON SEGUNDO	1752169050
79	PESANTES TELLO	PAOLA ALEXANDRA	1720738861
80	PINARGOTE HOLGUIN	ESTALIN BLADIMIR	1728241520
81	QUEZADA JUMBO	ROSARIO MARIBEL	1717067233
82	RÍOS RAMOS	CAMILO ANIBAL	1723773642
83	ROMERO TUAREZ	GEMA LILIANA	1751103407
84	SACON ARIAS	PABLO ISRAEL	1724861180
85	SUAREZ ENCARNACIÓN	NAYELI NATHALY	1750525733
86	TAIPE CALERO	JOSE PATRICIO	1711743664
87	VELEZ MONTES	WILFRIDO STALIN	1716250533
88	VILLALTA REQUELME	ROBERTO MIGUEL	1722613849
89	BENAVIDES SIMBAÑA	BRYAN JOEL	1727995415
90	PINARGOTE HOLGUIN	CELINA GUADALUPE	2300494602
91	BENAVIDES LOOR	VICTOR DAVID	1727907519
92	BOLAÑOS MURCIA	ENEDINA LAURY	1710820281
93	BONE PORTOCARRERO	ELIANA MARIA	802176800
94	CANCHIGNIA	ANA PATRICIA	1712317120
95	CHASILUISA ANDRANGO	MAYRA	1750534008
96	DIAZ MIÑO	ILDA ROCIO	1721520524
97	ERAS ORTIZ	JOSE FROILAN	1710856632
98	GARZON LOPEZ	ANGELICA DEL CARMEN	929732980
99	GARZON TATICUAN	CARMEN ROCIO	1722610894
100	GONZAGA TROYA	ENID SOCORRO	1711789881
101	GONZÁLEZ VALENCIA	EDMUNDO	1712951159

102	GUTIERREZ MURCIA	FRANCISCO JAVIER	1724827116
103	JACOME JUANA	MARIA ENRIQUETA	1001574456
104	MAITA MAITA	LUIS LEONARDO	1709440265
105	MALLA JARRO	BYRON FERNANDO	1725820268
106	MURCIA ARIAS	IDED DELIA	1717008799
107	OÑATE MORALES	PATRICIO ABEL	1719639096
108	PALADINES	ILMO ANTONIO	800653560
109	PALLO YUGSY	ELVIA MARIA	502804974
110	PATIÑO JACOME	GABRIEL WILFRIDO	1727442541
111	TORRES CASTILLO	LUIS FABIAN	1723019095
112	TINOCO JUMBO	MARIA EUGENIA	1101096269
113	VASQUEZ BURBANO	KEVIN ANDRES	1725734808
114	VELASTEGUI GAONA	PATRICIA LUCIA	1754335394
115	BAZURTO FALCONES	BRYAN XAVIER	1727307496
116	BRAVO RAMIREZ ELIAN MATÍAS	ELIAN MATÍAS	1151260542
117	GARCÍA VELIZ	ARIANA	1759383985
118	VELASTEGUI GAONA	ALEX HERNÁN	1751680172
119	VILLACIS GUAMAN	CARLOS ISAAC	1750520502
120	ZARUMA CORAL	AXEL JEAN PAUL	1600903379
121	ARIAS DAVALOS	ANGEL CHRISTIAN	1750539734
122	BONE LARA	ANGEL ALFREDO	0804496057
123	BOSQUEZ RIVERA	NOLBERTA MIRELLY	0804625614
124	BLACIO DAMACELA	ANA PAULA	1752603926
125	CHAMBA MAZA	BERNARDINO FELICIANO	0700911829
126	ESCOBAR VARGAS	ANDERSON GEOVANNY	1750527911
127	FAJARDO NARVAEZ	MANUEL GERARDO	1717067027

128	GARCIA ANGULO	MARÍA ALBA MARLENE	1705465746
129	GARZON MORA	COLOMBIA MARCIA	1704788320
130	GUAMAN AJILA	CHRISTOPHER ALEXIS	1727307736
131	HERRERA VINUEZA	ANTHONY JAVIER	1727307637
132	HIDROBO ALMEIDA	JOSEHP DANIEL	1751845635
133	JARRO LITUMA	ROSA NELIDA	1704790839
134	LALANGUI LAPO	NEICER DAMIAN	1750316802
135	LOOR INTRIAGO	EMIL ALUMBERTO	1304121120
136	MAIGUA SALAZAR	BIQUI AYELEN	1004326698
137	MAYORGA MONTESDEOCA	ISAAC DANIEL	1751680560
138	MAZA ROJAS	MARÍA LORGIA	1727304261
139	MORA ALTAMIRANO	MARÍA EUGENIA	2350825200
140	OREJUELA VACA	ADRIAN JÉSUS	2300458730
141	ORTIZ ZAVALA	ANTONY JAVIER	1753513546
142	PINZON ROMERO	ALEX FROILAN	2300364300
143	PROA DIAZ	CAMILA JESSENIA	1726274416
144	RAMOS DIAZ	MIGUEL ANGEL	1728130541
145	ZAMBRANO CASTILLO	GENESIS MICAELA	2350379968
146	CHUCHUQUIER SANTI	GISSELA ALEXANDRA	1600964983
147	GARCIA ALCIVAR	GONZALO WLADIMIR	1750287110
148	MORENO MONTAÑO	YADIRA VALENTINA	2300452444
149	REY ARMIJOS	DAYANA BELEN	1723693386
150	TIPANTASIC MARIN	OLGA OLIMPIA	1716849292
151	CANTOS	PEDRO PABLO	1710950237
152	CEDEÑO JIMA	ANTHONY JIPSON	2350065435
153	CHOCHO CAJAMARCA	JAIME ROBERTO	1720512324

154	CUEVA MORENO	MILTON FABIAN	2300404718
155	IZA NARVAES	EDWIN	1714647581
156	LARA CHILA	FRANKLIN	800884041
157	MOREIRA SABANDO	GERMAN ANTONIO	502804974
158	MONGE MEJIA	MILTON ANDRES	1717214025
159	MONTERO CHAMBA	CRISTINA VERONICA	1720387339
160	PASCAL VENEGAS	VICTOR ARTEMIO	1714602867
161	PEREZ MERO	MERCEDES AUXILIADORA	1714363312
162	TORRES CUEVA	DOMINGO RAFAEL	1705673570
163	VIVANCO REYES	EDWIN	1717033540
164	ZAPATA CRESPO	JOSE ALONSO	0501203145
165	ALCIVAR MOLINA	RAMÓN FLORENTINO	1302776008
166	BURGOS PEÑA	CARLOS ALBERTO	2300509847
167	CARRILLO ALBAN	ANGEL DARIO	1755627435
168	CARRILLO PARREÑO	LOURDES GUADALUPE	1206707265
169	CASANOVA SOLORZANO	YADIRA BRIGITTE	1729737757
170	GONZALEZ LASTRA	EDUARDO DAVID	1728570332
171	JACOME ACARO	MARJURIE JACKELINE	2300474422
172	LEMA BENAVIDES	RUTH MELANIA	1722610019
173	LLIVISACA VILLIZHANAY	MANUEL NORBERTO	0101471431
174	MAIGUA LEMA	JOSE SEGUNDO	1000795425
175	MERA RAMIREZ	JULIO CESAR	1751507300
176	MURCIA MORALES	NELIDA SENAIDA	1711550200
177	PINTO PINTO	JOAQUIN SEGUNDO	1707492201
178	PUENTESTAR CLAVIJO	BLANCO ELENA	1002482063
179	RINCONEZ ALVARADO	JOSTIN JOEL	2351657446

180	VALLEJO PATIÑO	JUAN FRANCISCO	1750543728
181	ALCIVAR CALLE	ARIANA ALEJANDRA	1751957083
182	BARREIRO POROZO	JACINTO PLUTARCO	1722612676
183	BOSCO MENA	DARWIN JUAN	1714516471
184	CORDOVA MEJÌA	FABIOLA ALEXANDRA	1709383648
185	FLORES VARBARITA	NELI MARIA	1001618535
186	GONZALEZ	AMADA MARGOTH	1712951860
187	GONZALEZ	OLGA	1707408330
188	GUTIERREZ GUERRERO	MARTHA NICOL	1727300921
189	LOOR OCHOA	ANTHONY GABRIEL	1751676279
190	MINA SALTOS	FRENCH HORACIO	1716410582
191	MONTENEGRO PILA	ROSA MARIA	1706003207
192	MURCIA NAVARRO	MIREYA IVONNE	1727302885
193	OROZCO ALVAREZ	TELESFORO SALVADOR	1713894761
194	RAMIREZ SARANGO	ODALIA LEOPOLDINA	1704770344
195	RAMOS ZAMBRANO	WILMER HERACLITO	1750175034
196	ROCA MARIN	JORGE ANTONIO	0900775256
197	SÀNCHEZ FEIJOO	JHONY MARCELO	2300194723
198	VASQUEZ GERMAN	DIEGO RAUL	1750540401
199	VASQUEZ GERMAN	JESSICA MARLENE	1754542445
200	VERA CHILA	ANNABELLE MICHELLE	1316679982
201	VIVANCO BOLAÑOS	LUDIR ANABEL	1717971186
202	BASURTO ALAVA	NARCIZA JANETH	1310016397
203	CARDENAS	DANIEL ANTONIO	1001618584
204	CUSME CUSME	JOICE NICOL	0804684827
205	ORTEGA CASTRO	GILBERTO ALFONSO	0101946853

206	RIVERA SALTOS	CARLOS DAVID	1728259837
207	ROSARIO VARGAS	FLORESMILO JAVIER	1100803764
208	SANCHEZ FARINANGO	OSWALDO LUIS	1714072780
209	SORNOZA DELGADO	JOSE LUIS	0908804347
210	VILLOTA SALTOS	NELLY MARLENE	1706028311

Detalle de los recursos humanos y materiales utilizados.

➢ FACILITADORES: 7 personas

➢ TERAPISTA OCUPACIONAL-COORDINADOR: 1 persona

Evaluación del desempeño general.

Desempeño excelente, tareas planificadas, ejecutadas y cumplidas en su totalidad durante el mes. (100%)

Recomendaciones para mejorar la eficiencia y la calidad del servicio.

➢ Realizar coordinaciones interinstitucionales con el Centro de Salud de San Miguel de los Bancos para una pronta revisión médica a los sujetos de derecho para garantizar su salud.

Conclusión:

➢ Se ha cumplido con todo lo planificado durante el mes de marzo de 2026.

➢ Se han realizado las 2 visitas domiciliarias que establece la norma técnica a 210 sujetos de derecho.

Proyecciones para el siguiente mes.

➢ Seguir brindando el servicio eficiente y eficaz a los usuarios.

Anderson Fabricio Jimenez Alban
Time Stamping Security Data

MSc. Anderson Jiménez
COORDINADOR DEL SERVICIO DE DISCAPACIDAD