GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL ABRIL 2026

AB. DARIO ALEXANDER MACAS.
COORDINADOR AYCF-SMB

INTRODUCCIÓN PROYECTO AYCF-SMB

El Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de los Bancos, en convenio con el Ministerio de Desarrollo Humano "MDH" viene ejecutando el Proyecto de Apoyo y Custodia Familiar "AYCF" con una cobertura de 30 niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad y negligencia familiar, cuyo objetivo es brindar una atención integral hacia la restitución de derechos en el fortalecimiento de las relaciones familiares, adecuada convivencia familiar y comunitaria, el correcto desarrollo psicosocial de los NNA, enfocado en mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

El proyecto apoyo y custodia familiar tiene como objetivo garantizar la atención, protección integral y restitución de derechos de niños niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, privados de su medio familiar, y que requieran de una medida de protección.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

El proyecto busca garantizar la protección a las niñas, niños y adolescentes de familias en procesos de crisis, fortaleciendo las relaciones familiares y garantizando un entorno seguro de los NNA, mientras dura el proceso de intervención, para ello, ejecuta dos modalidades de cuidado como: El Apoyo Familiar y la Custodia Familiar.

- Garantizar la ejecución de la medida de protección que el niño, niña o adolescente en situación de riesgo y su familia realmente necesitan, tomando en cuenta su derecho a vivir en familia y en comunidad.
- Brindar atención integral y adecuada con estándares altos que cumplen con las necesidades del niño, niña o adolescente y su familia.
- Apoyar los esfuerzos encaminados a lograr que el niño permanezca bajo la guarda de su propia familia o que se reintegre a ella (…).
- Velar por que, mientras se buscan esas soluciones permanentes, o en los casos en que estas resulten inviables o contrarias al interés superior del niño, se determinen y adopten, en condiciones que promuevan el desarrollo integral y armonioso del niño, las modalidades más idóneas de acogimiento alternativo.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Se considerará como población objetivo a niños, niñas y adolescentes desde su nacimiento hasta obtener mayoría de edad, cuyo medio familiar nuclear constituye una amenaza, riesgo y/o vulneración de sus

derechos y que cuenten con referentes familiares hasta el cuarto grado de consanguineidad, aptos y dispuestos para su cuidado y protección, hasta que cese la situación que motivó la custodia familiar y se logre la reinserción a su familia nuclear, mediante resolución administrativa de la autoridad que otorgó la medida de protección.

LUGARES DONDE SE BRINDA LA ATENCIÓN:

- Cabecera Cantonal
- Mindo
- Recinto Amanecer campesino.
- Recinto San Bernabé.
- Recinto corazón lojano.
- Recinto paisaje del rio blanco.

REQUISITOS DE INGRESO A MODALIDAD:

APOYO FAMILIAR:

El niño, niña o adolescente ingresará al programa con la medida de protección administrativa de apoyo familiar, para lo cual se procederá al registro y apertura de un expediente administrativo, que contendrá toda la información relacionada al caso, desde el ingreso hasta el cierre del proceso.

CUSTODIA FAMILIAR:

El niño, niña o adolescente, ingresará al programa con la medida de protección administrativa de custodia familiar, para lo cual se procederá al registro y apertura de un expediente administrativo, que contendrá toda la información relacionada al caso, desde el ingreso hasta el cierre del proceso.

PROCESO DE INTERVENCIÓN:

MODALIDAD APOYO FAMILIAR:

Se procederá a la ejecución de las actividades planteadas en el Proyecto Global Familiar, el mismo que será evaluado trimestralmente y conjuntamente con la familia, su red de apoyo y el equipo técnico de la unidad de atención autorizada, pública o privada, que ejecuta el apoyo familiar e identificando los logros, dificultades, estableciendo ajustes y alcances al proceso de intervención con el niño, niña o adolescente y su familia. Se informará a la autoridad competente con la misma frecuencia.

El equipo técnico de la unidad de atención autorizada, pública o privada, deberá realizar el seguimiento cada 3 meses subsiguientes, mediante reuniones con la familia y su red de apoyo. Se presentará un informe psico-social de la situación familiar a la autoridad competente, evidenciando avances, cese o retroceso en

la situación que generó la intervención. La unidad de atención autorizada, pública o privada, deberá realizar el seguimiento psicológico y social a los niños, niñas, adolescentes y su familia, y velar porque su entorno afectivo sea estable, sostenido y que permita el desarrollo integral en función de su interés superior.

MODALIDAD CUSTODIA FAMILIAR:

La unidad de atención autorizada pública o privada, deberá ejecutar el PGF, para llevar a cabo las actividades acordadas con la familia para lograr los objetivos propuestos. La unidad de atención autorizada pública o privada, deberá realizar el seguimiento y evaluación del PGF. Este proceso consiste en el análisis y recopilación de la información, verificando el cumplimiento de los objetivos propuestos en respuesta a las necesidades de la familia nuclear, permitiéndole a ésta y al equipo replantear los objetivos y formular nuevas estrategias de intervención, si fuera el caso.

LISTA DE DETALLLE DE EGRESOS Y INGRESOS AL PROGRAMA:

EGRESOS: 0 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**

INGRESOS: 0 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**

HORARIO DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD:

La unidad de atención funciona en horario de
07:30 AM A 13:00
14:30 PM A 17:00

UNIDAD RECURSOS HUMANOS:

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO			
N.	**CARGO**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	COORDINADOR	DARIO ALEXANDER MACAS AMBULUDÍ	1724839541
2	TRABAJADORA SOCIAL	CARMEN DELIA MOREIRA MUÑOZ	1723998686

3	PSICOLOGA	LIZBETH EDITH ALVAREZ VALENCIA	1727270546
4	FACILITADORA FAMILIAR	JENNYFER ROCIO ROSERO PEREZ	2300123946
5	ABOGADO	RONNIE MIGUEL TORRES ONTANEDA	1724422868

LISTA DETALLADA DE USUARIOS:

	LISTADO DE USUARIOS AYCF-SMB	MES	ABRIL

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	Nº DE CÉDULA	CODIGO SIMIES
1	ALAVA ESMERALDAS EDUARDO FABRICIO	1758822173	1206465
2	ARROYO SANCHEZ HARRY RAMSES	0751645813	1460123
3	BRAVO ALAVA ANDREA MARIA	1758817900	2688741
4	BRAVO ALAVA CARLOS ANDRES	1761114733	2688848
5	BUSTAMANTE GARCIA GONZALO DAVID	2350991093	892711
6	BUSTAMANTE GARCIA EMILY JAMILETH	2350044000	892759
7	CANTINCUZ GARCIA JONATHAN ESTEBAN	1762945697	2856035
8	CEDEÑO ALMACHE BRIANA GABRIELA	1756690598	748803
9	ELIZALDE CHUCHUQUIER SARA LIZETH	2352038257	2435836
10	FUELPAZ CUARAN NAOMI ESTEFANIA	2351354259	988131
11	FUELPAZ CUARAN ANIELA MILETH	1728407600	150698
12	GUTIERREZ NIEVE ELVIS LEONEL	1756681076	560346
13	JARAMILLO SANCHEZ LARRY MAXIMILIANO	2350709305	2982659
14	LOOR BASANTES AILYN ISABELLA	1760775757	2863852
15	MERA MURCIA BRYANNA MAYTE	1757626666	917393
16	MERO BRAVO KENIA ALEJANDRA	2351868357	2732810
17	MERO BRAVO NAYELI DAMARIS	1728384049	2732820
18	MOREANO CANTINCUZ JOHANA DANIELA	1762957122	2856036
19	MURCIA VISUMA NEYMAR ALEJANDRO	1757343106	988125
20	MURCIA VISUMA DANNA VALENTINA	2351971193	2158332
21	NAPA VITE ESTEYNER LEONEL	1758854531	2863752
22	NAVARRETE VILLALVA EMERSON MIGUEL	1757817265	950399
23	NIEVE ZAMBRANO NEFERTARIS YUSNAY	1759525718	2778938
24	OLMEDO ZHUNAULA IRIS NAOMY	2351391582	797361
25	SERNA PATIÑO AINHOA NICOLE	1759732553	2143610
26	SERNA PATIÑO FERNANDA ISABEL	1728244938	2778943
27	VERA FLORES SAMUEL ANTONIO	1754800793	2930594
28	VERA FLORES KAORI SCARLETH	2351951013	2308188
29	ZAMBRANO CEVALLOS ELIZABETH ALEXANDRA	2351864141	2604821
30	ZAMBRANO NIEVE PABLO DARKIEL	1760725729	2792981

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GENERAL:

Desempeño en atención a NNA y familias del proyecto AYCF-SMB tareas cumplidas durante el mes (95%).
Trabajos administrativos, creación y actualización de expedientes de casos dentro del proyecto (95%).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL:

COMPONENTE DEL PROYECTO	% EJECUTADO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	LOGROS Y DIFICULTADES
PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS PREVIO	**0%**	Durante el mes se realizaron 0 investigaciones preliminares.	**LOGROS** **N/A** **DIFICULTADES** **N/A**
COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	**95%**	3 articulaciones de entrega de informes psicosociales a JCPDNNA SMB, 1 Asistencias a audiencias se seguimiento de medida. 1 articulación con SALEM INTERNACIONAL. 1 Articulación con la Iglesia católica del cantón. 1 Articulación con el registro civil.	**LOGROS** Se logró informar a autoridad competente sobre los casos de seguimiento de medidas; así como solicitar medidas de egresos de NNA. Agilización del trámite para la obtención de la cédula de identidad. Se logró la articulación con el centro comunitario SALEM INTERNATIONAL para tener información de la usuaria que se encuentra acudiendo a su centro. **DIFICULTADES** Tiempos de espera prolongados durante el proceso de atención.
PROCESO DE APOYO FAMILIAR	**100%**	Se mantiene cobertura de 24 usuarios en la modalidad de Apoyo Familiar que cuentan con medidas administrativas de protección. Se realizó el egreso de 0 usuarios en esta modalidad. Se realizó el ingreso de 0 usuario en esta modalidad	**LOGROS** Verificación del cumplimiento y la garantía de derechos. **DIFICULTADES** Los horarios laborales de algunas familias dificultan las visitas domiciliarias.
PROCESO DE CUSTODIA FAMILIAR	**100%**	Actualmente existe cobertura de 6 usuarios en la modalidad de Custodia Familiar. Se realizaron 0 egreso de usuarios bajo esta modalidad. Ingreso de 0 usuario en esta modalidad.	**LOGROS** Se fortalecieron los vínculos familiares. Se resolvió dudas sobre el proceso. Se fortificó la adherencia. **DIFICULTADES** Espacios con múltiples distractores.

INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS	**90%**	Visita domiciliaria orientada al acompañamiento familiar, con la finalidad de identificar necesidades prioritarias, garantizar la protección de los derechos. Visitas domiciliarias para atenciones psicológicas con usuarios directos (NNA). Atenciones psicológicas a madres, padres y familiares cuidadores con el objetivo de intervenir, acompañar y orientar en las diversas dificultades psicológicas personales/familiares. Visita domiciliaria para evaluar la situación familiar, identificar necesidades prioritarias, verificar el respeto y cumplimiento de los derechos fundamentales, y dar seguimiento efectivo a los objetivos planteados en el Plan Global de Familia (PGF).	**LOGROS** Se brindó acompañamiento psicosocial a las familias. -Se priorizaron familias según sus necesidades más urgentes. -Se logró el desarrollo de pensamiento crítico, metas y habilidades ejecutivas y cognitivas. **DIFICULTADES** -Dificultades de acceso a ciertos hogares por ubicación geográfica o condiciones de la vivienda. - Necesidad de ajustar la planificación de visitas por las actividades laborales de algunas familias. -Se evidenciaron dificultades en la capacidad para identificar metas a largo plazo.
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	**100%**	2 evaluaciones de PGF. -Desarrollo de taller dirigido a familias y usuarios del proyecto AYCF sobre "Corresponsabilidad en el cuidado de personas con discapacidad" -Taller con niños, niñas y adolescentes con temática "Fluyendo con confianza: rompiendo desafíos emocionales".	**LOGROS** -Fortalecimiento de la corresponsabilidad familiar. -Promoción de prácticas de cuidado inclusivo y respetuoso. Se logró promover el manejo adecuado de emociones intensas (enojo, miedo, frustración) frente a situaciones problemáticas **DIFICULTADES** -Diferentes niveles de comprensión sobre la temática abordada. -Algunos NNA tuvieron dificultad en desarrollar las actividades grupales.

Observaciones:

1.El profesional a cargo del área de coordinación priorizó de manera emergente las actividades administrativas de liquidación del primer convenio del 2026.

2. El día 3 de abril no hubo actividades laborales debido al feriado nacional.

3. El 13 de abril, el área de Trabajo Social inició su período de vacaciones, extendiéndose hasta el 27 de abril.

4. El día 30 de abril no se llevaron a cabo actividades laborales debido al feriado nacional.

5. Se logró brindar las respectivas atenciones psicosociales por parte del equipo técnico, pese a limitaciones de tiempo en algunas familias

Recomendaciones:

1. Desde el área de Trabajo Social, promover la participación activa de los miembros del hogar en el cumplimiento de los acuerdos establecidos en el PGF.
2. Implementar estrategias flexibles de atención (como reprogramación o espacios alternativos) que se adapten a la disponibilidad de tiempo de las familias, favoreciendo su participación activa en el proceso.
3. Mantener los procesos de articulación interinstitucional a fin de obtener información relevante de las familias, lo que facilita determinar las rutas de acción y la toma de decisiones oportunas.

Atentamente;

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
DARIO ALEXANDER MACAS AMBULUDI

Ab. Dario Alexander Macas A.
COORDINADOR PROYECTO AYCF-SMB

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

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

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha.			Ciudad	Los - Bancos.		
Distrito	Rumiñahui.			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial.	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	AYCF. SMB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Fabricio Esmeraldas.		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	X	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	X

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio				X	
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza				X	
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					X
4)Las actividades específicas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)				X	
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					X
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio (*)					X

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Lizbeth Alvarez

CI: 1727270546

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	Los - BANCOS.		
Distrito	Zona 2. Rumiñahui.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial.	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	AYCE SMB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Agnedro Vera.	¿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 indicanos 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 : _____

_____

Lizbeth Alvarez

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Lizbeth Alvarez

CI: 1727270546

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	Los - Bancos.		
Distrito	Puerto Quito.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Custodia Familiar.			Nombre del Centro	AYCF - SMB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Concepción Olmedo.		¿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 : _____

_____

Jennyferk

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Jennifer Alvaro.

CI:

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	Los - BANCOS.		
Distrito	Pedro Vicente.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	AMCF_JNB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Madre Mera.	¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	X	Si	
		Especifique	
Representante de usuario		No	X

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio				X	
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza				X	
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					X
4)Las actividades específicas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					X
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					X
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio (*)					X

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa: _____

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

_____

Jennifer

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Jennifer Moreno.

CI:

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	LOS - BANCOS.		
Distrito	Pumapungo.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial.	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	AYCF-SMB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Andrea Bravo.		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	X	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	X

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio				X	
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza				X	
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES				X	
4)Las actividades específicas que realiza en el servicio (ejm teraplas, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					X
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					X
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio (*)					X

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

CI: 1727270546