GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL JUNIO 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: 7 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	10/06/2026	GUTIERREZ NIEVE ELVIS LEONEL	1756681076
2	10/06/2026	NAVARRETE VILLALVA EMERSON MIGUEL	1757817265
3	10/06/2026	ZAMBRANO CEVALLOS ELIZABETH ALEXANDRA	2351864141
4	23/06/2026	CANTINCUZ GARCIA JONATHAN ESTEBAN	1762945697
5	23/06/2026	MERA MURCIA BRYANNA MAYTE	1757626666
6	23/06/2026	MOREANO CANTINCUZ JOHANA DANIELA	1762957122
7	23/06/2026	NAPA VITE ESTEYNER LEONEL	1758854531

INGRESOS: 7 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	08/06/2026	LOOR MENDOZA IKER ZHAMIR	1762415675
2	10/06/2026	BALSECA URIBE LIA ISABELLA	1761635398
3	10/06/2026	CEDEÑO URIBE JOSTIN ARIEL	2350524282
4	23/06/2026	BRAVO ALAVA LUIS ANTONIO	1759224130
5	23/06/2026	BRAVO ALAVA KARLA JUANA	2350421562
6	23/06/2026	CEVALLOS CUSME BRYAN MANUEL	1352529539
7	23/06/2026	LAPO HEREDIA CRISTOPHER ADRIAN	1757229776

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	LISSETTE ROCIO MACIAS INTRIAGO	0803475664
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	JUNIO

N°	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**Nº DE CÉDULA**	**CODIGO SIMIES**
1	ALAVA ESMERALDAS EDUARDO FABRICIO	1758822173	1206465
2	ARELLANO URIBE ABNER AZAEL	1759638891	
3	ARROYO SANCHEZ HARRY RAMSES	0751645813	1460123
4	BALSECA URIBE LIA ISABELLA	1761635398	3039148
5	BRAVO ALAVA LUIS ANTONIO	1759224130	3042330
6	BRAVO ALAVA ANDREA MARIA	1758817900	2688741
7	BRAVO ALAVA CARLOS ANDRES	1761114733	2688848
8	BRAVO ALAVA KARLA JUANA	2350421562	148188
9	BUSTAMANTE GARCIA GONZALO DAVID	2350991093	892711
10	BUSTAMANTE GARCIA EMILY JAMILETH	2350044000	892759
11	CANTINCUZ GARCIA JONATHAN ESTEBAN	1762945697	2856035
12	CEDEÑO URIBE JOSTIN ARIEL	2350524282	
13	CEVALLOS CUSME BRYAN MANUEL	1352529539	2628508
14	ELIZALDE CHUCHUQUIER SARA LIZETH	2352038257	2435836
15	ESMERALDAS VASQUEZ FERNANDO CHARLY	1728403252	151695
16	ESMERALDAS VASQUEZ MADELYN YDIBETH	2351848284	1766912
17	FUELPAZ CUARAN NAOMI ESTEFANIA	2351354259	988131
18	FUELPAZ CUARAN ANIELA MILETH	1728407600	150698
19	GUTIERREZ NIEVE ELVIS LEONEL	1756681076	560346
20	JARAMILLO SANCHEZ LARRY MAXIMILIANO	2350709305	2982659
21	LAPO HEREDIA CRISTOPHER ADRIAN	1757229776	1032987
22	LOOR BASANTES AILYN ISABELLA	1760775757	2863852
23	LOOR MENDOZA IKER ZHAMIR	1762415675	
24	MENDOZA RAMIREZ JENIFER DAYANA	1757470099	796597
25	MERA MURCIA BRYANNA MAYTE	1757626666	917393
26	MERO BRAVO KENIA ALEJANDRA	2351868357	2732810
27	MERO BRAVO NAYELI DAMARIS	1728384049	2732820

28	MOREANO CANTINCUZ JOHANA DANIELA	1762957122	2856036
29	MURCIA VISUMA NEYMAR ALEJANDRO	1757343106	988125
30	MURCIA VISUMA DANNA VALENTINA	2351971193	2158332
31	NAPA VITE ESTEYNER LEONEL	1758854531	2863752
32	NAVARRETE VILLALVA EMERSON MIGUEL	1757817265	950399
33	OLMEDO ZHUNAULA IRIS NAOMY	2351391582	797361
34	SERNA PATIÑO AINHOA NICOLE	1759732553	2143610
35	SERNA PATIÑO FERNANDA ISABEL	1728244938	2778943
36	VERA FLORES SAMUEL ANTONIO	1754800793	2930594
37	VERA FLORES KAORI SCARLETH	2351951013	2308188
38	ZAMBRANO CEVALLOS ELIZABETH ALEXANDRA	2351864141	2604821

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GENERAL:

Desempeño en atención a NNA y familias del proyecto AYCF-SMB tareas cumplidas durante el mes (90%).
Trabajos administrativos, creación y actualización de expedientes de casos dentro del proyecto (97%).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO:

PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS PREVIO	**100%**	**Durante el mes se realizarón 6 investigaciones preliminares.**	**LOGROS** **Se recopiló información fundamental sobre los factores de riesgo y de protección, así como las redes de apoyo formales e informales, lo que facilitó la evaluación de las condiciones de vida de los NNA** **DIFICULTADES** **Durante las investigaciones preliminares, se evidenció que algunas familias mostraron reticencia a proporcionar información significativa.**
COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	**97%**	**2 Articulaciones de seguimiento casos en JCPDNNA SMB,** **3 Entrega de informes a JCPD-SMB** **8 Articulaciones con unidades educativas del cantón.** **6 Agendamientos de citas medicas en subcentro de salud.**	**LOGROS** **Se logro la presentación del nuevo equipo técnico a las autoridades de los planteles educativos.** **Se logro la entrega de oficios de obtención de certificados de matrícula de usuarios que perteneces a aquellas instituciones.** **DIFICULTADES**

			Limitaciones en la obtención de los certificados de matrícula debido a los tiempos de respuesta y retrasos administrativos en la emisión de documentos por parte de las autoridades de las unidades educativas.
PROCESO DE APOYO FAMILIAR	100%	Se mantiene cobertura de 24 usuarios en la modalidad de Apoyo Familiar que cuentan con medidad adiministrativas de protección. Se realizó el egreso de 6 usuarios en esta modalidad. Se realizó el ingreso de 5 usuarios en esta modalidad	LOGROS * Se fortaleció el acompañamiento familiar orientado a la protección y bienestar integral de los NNA. * Se gestionaron procesos de ingreso y egreso en las modalidades de apoyo y custodia familiar, conforme al seguimiento técnico y normativo correspondiente. DIFICULTADES Caso de la Flia. Loor Mendoza se demoro proceso de doble registro en el MDH.
PROCESO DE CUSTODIA FAMILIAR	100%	Actualmente existe cobertura de 6 usuarios en la modalidad de Custodia Familiar. Se realizaron 1 egreso de usuarios bajo esta modalidad. Ingreso de 2 usuario en esta modalidad.	LOGROS * Se logro obtener las medidas de ingreso de los NNA a la unidad de atención. * Articulación oportuna de egresos de usuarios por cambio de Domicilio de NNA con JCPD-SMB. DIFICULTADES N/A

INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS	**100%**	**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 con la finalidad de brindar atención psicosocial a la familia, promoviendo un espacio de escucha, orientación y acompañamiento técnico.** **Visitas domiciliarias para el desarrollo de la actividad denominada "Reloj didáctico".** **Visitas domiciliarias para el desarrollo de la actividad denominada "Percepción visual".**	**LOGROS** *** Acompañar y orientar en dudas del desarrollo infantil y adolescente.** *** Intervenir el desarrollo afectivo-emocional y relacional que genera inestabilidad.** *** Estimular la autoestima.** *** Se consolidó las rutinas diarias y el compromiso de la corresponsabilidad familiar** **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 identificó una limitada organización de las actividades familiares y dificultades para mantener de manera constante las rutinas establecidas, lo que incidía en el cumplimiento de las responsabilidades de cada integrante del hogar.**
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	**100%**	**8 Evaluaciones de PGF.** **Taller con niños, niñas y adolescentes con temática "Mojando emociones, creando historias"** **Taller con Familias con temática "Familias que crecen juntas: Fortaleciendo nuestros vínculos"**	**LOGROS** **Se logró identificar la situación actual, así como las necesidades y requerimientos de las familias; asimismo, se establecieron los objetivos a trabajar con las familias.** **Se promovió el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares a través del fomento de la comunicación asertiva.** **DIFICULTADES** **Algunos NNA tuvieron**

			dificultad en desarrollar las actividades debido a las diferencias de edades.

Observaciones:

1. El viernes 05 de junio se contó con la visita de la analista distrital en territorio.
2. El profesional de coordinación priorizó de manera emergente las actividades administrativas de liquidación convenios del 2025 con financiera MDH.
3. El personal de las áreas de Psicología y Facilitación Familiar realizaron la toma de días libres, con cargo a vacaciones institucionales del 18 al 21 de junio, reincorporándose a sus funciones el lunes 22 de junio-
4. El viernes 26 de junio se decretó suspensión de jornada laboral mediante decreto ejecutivo N. 431.
5. Durante el mes de junio, se procedió con el egreso de varias familias del proyecto, debido a procesos de cambio de residencia fuera del cantón San Miguel de los Bancos.

Recomendaciones:

1. 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.
2. Fortalecer la coordinación y articulación interinstitucional con las entidades competentes, a fin de agilizar trámites y garantizar la continuidad de los procesos de protección y seguimiento familiar.
3. Fortalecer las estrategias de intervención psicosocial mediante el seguimiento continuo de los usuarios y sus familias, promoviendo una mayor participación y corresponsabilidad en los procesos de atención.
4. Continuar articulando con JCPD_SMB. La oportuna obtención de ingresos y egresos de usuarios.
5. Optimizar la distribución del tiempo destinado a las actividades administrativas y de elaboración de informes, promoviendo mecanismos de apoyo y planificación que permitan cumplir con la documentación técnica dentro de la jornada laboral, sin afectar la calidad de la atención psicológica brindada a las familias y usuarios.
6. Desde el área de Trabajo Social se recomienda fortalecer la implementación de estrategias de intervención flexibles con las familias, mediante la planificación de atenciones y actividades en horarios acordes a sus jornadas laborales.

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	Proteccion Especial	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	DYCF-SMB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Sra. Cinthia Basantes		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	○	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	X	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 especificas 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 Lissette Macías Intriago

CI: 080347566-4.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

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

DATOS GENERALES

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

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Sr. Iván Mursia		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	○	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	(X)	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 especificas 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 Lissette Macías Intriago

CI: 0803417566-4

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

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

DATOS GENERALES

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

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Sr. Edwin Fuelpoz		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	○	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	X	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 especificas 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 Lissette Nocios Intriago

CI: 0803475664

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	Custodia Familiar			Nombre del Centro	DYCF - SMB		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Sra. Luz Uribe		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	○	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	X	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 Lissette Macias Intriago

CI: 0803475766-4.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

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

DATOS GENERALES

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

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Sra. Concepción Olmedo		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	○	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	X	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 especificas 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					X
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 Cissette Macías Intriago

CI: 0803475664