GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL JULIO 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 Blanca Nieves-
- Recinto Santa Rosa del Molaute.
- Recinto el Chipal.

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**
1			
2			

INGRESOS: 0 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1			
2			
3			

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
3	PSICOLOGA	LIZBETH EDITH ALVAREZ VALENCIA	1727270546
4	FACILITADORA FAMILIAR	JENNYFER ROCIO ROSERO PEREZ	2300123946

LISTA DETALLADA DE USUARIOS:

	LISTADO DE USUARIOS AYCF-SMB	MES	JULIO

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	Nº DE CÉDULA	CODIGO SIMIES
1	ALAVA ESMERALDAS EDUARDO FABRICIO	1758822173	1206465
2	ARROYO SANCHEZ HARRY RAMSES	0751645813	1460123
3	BALSECA URIBE LIA ISABELLA	1761635398	3039148
4	BRAVO ALAVA LUIS ANTONIO	1759224130	3042330
5	BRAVO ALAVA ANDREA MARIA	1758817900	2688741
6	BRAVO ALAVA CARLOS ANDRES	1761114733	2688848
7	BRAVO ALAVA KARLA JUANA	2350421562	148188
8	BUSTAMANTE GARCIA GONZALO DAVID	2350991093	892711
9	BUSTAMANTE GARCIA EMILY JAMILETH	2350044000	892759
10	CEDEÑO URIBE JOSTIN ARIEL	2350524282	
11	CEVALLOS CUSME BRYAN MANUEL	1352529539	2628508
12	ELIZALDE CHUCHUQUIER SARA LIZETH	2352038257	2435836
13	ESMERALDAS VASQUEZ FERNANDO CHARLY	1728403252	151695
14	ESMERALDAS VASQUEZ MADELYN YDIBETH	2351848284	1766912
15	FUELPAZ CUARAN NAOMI ESTEFANIA	2351354259	988131
16	FUELPAZ CUARAN ANIELA MILETH	1728407600	150698
17	JARAMILLO SANCHEZ LARRY MAXIMILIANO	2350709305	2982659
18	LAPO HEREDIA CRISTOPHER ADRIAN	1757229776	1032987
19	LOOR BASANTES AILYN ISABELLA	1760775757	2863852
20	LOOR MENDOZA IKER ZHAMIR	1762415675	
21	MENDOZA RAMIREZ JENIFER DAYANA	1757470099	796597
22	MERO BRAVO KENIA ALEJANDRA	2351868357	2732810
23	MERO BRAVO NAYELI DAMARIS	1728384049	2732820
24	MURCIA VISUMA NEYMAR ALEJANDRO	1757343106	988125
25	MURCIA VISUMA DANNA VALENTINA	2351971193	2158332
26	OLMEDO ZHUNAULA IRIS NAOMY	2351391582	797361
27	SERNA PATIÑO AINHOA NICOLE	1759732553	2143610
28	SERNA PATIÑO FERNANDA ISABEL	1728244938	2778943
29	VERA FLORES SAMUEL ANTONIO	1754800793	2930594
30	VERA FLORES KAORI SCARLETH	2351951013	2308188

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GENERAL:

Desempeño en atención a NNA y familias del proyecto AYCF-SMB tareas cumplidas durante el mes (80%).
Trabajos administrativos, creación y actualización de expedientes de casos dentro del proyecto (97%).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO:

COMPONENTE DEL PROYECTO	% EJECUTADO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	LOGROS Y DIFICULTADES
PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS PREVIO	0%	Durante el mes se realizarón 0 investigaciones preliminares.	**LOGROS** N/A **DIFICULTADES** N/A
COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	90%	2 Articulaciones de seguimiento casos en JCPDNNA SMB, 18 Seguimientos educativos en las siguientes instituciones: UnidadEducativa Bernabé de Larraúl. Unidad Educativa Dr. Carlos Alomoto Ayala. Unidad Educativa San Miguel de los Bancos. Unidad Educativa 23 de junio. 2 Agendamientos de citas medicas en subcentro de salud.	**LOGROS** Se logro la entrega de oficios de obtención de certificados de matrícula de usuarios que perteneces a aquellas instituciones. Selogróel agendamiento los controles médicos de rutina de los NNA. **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 0 usuarios en esta modalidad. Se realizó el ingreso de 0 usuarios en esta modalidad	**LOGROS** N/A **DIFICULTADES** N/A
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** **DIFICULTADES** N/A
INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS	80%	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. Visitas domiciliarias para el desarrollo de la actividad denominada "Arteterapia". Visitas domiciliarias para el desarrollo de la actividad denominada "Empatía". Visitas domiciliarias para el desarrollo de actividades de esparcimiento.	**LOGROS** * -Brindar acompañamiento y asesoría a las familias en aspectos relacionados con el desarrollo evolutivo de niños, niñas y adolescentes. * Favorecer procesos de autorreflexión y reconocimiento de aspectos personales que contribuyanal cambio. *La arteterapia favoreció la disminución del estrés y promovió de manera significativa el desarrollo de la paciencia. **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. -El desarrollo de la actividadrequirió bastante tiempo y eltrabajose consideraba finalizado tras un proceso de secado.
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	100%	0 Evaluaciones de PGF. * Taller con niños, niñas y adolescentes con temática "Emociones en Pantalla: Taller Psicoeducativo para niños, niñas y adolescentes" * Taller con Familias con temática "Cuidando nuestro cuerpo: hablando sobre sexualidad".	**LOGROS** Se logró el desarrollo socioemocional de los NNA mediante la observación guiada de películas y cortometrajes. Se promovió la identificación y expresión de emociones, la empatía, la resolución de conflictos la comunicación asertiva, *Se fortaleció los conocimientos habilidades y actitudes de las familias y cuidadores para abordar la educación integral en sexualidad con NNA. **DIFICULTADES** Dificultad de asistencia de las familias de los recintos a los talleres.

Observaciones:

• Los profesionales iniciaron sus labores con fecha 01 de julio; sin embargo, el área de talento humano del GAD_SMB, solicito realizar el inicio de gestión con fecha 03 de julio del 2026. Para efectos de ingreso al IESS.

• Durante el mes de julio, la cobertura de la unidad se vio limitada tras la faltante del área de Trabajo Social.

• Por la ausencia del área de Trabajo Social, en este mes no se llevaron a cabo investigaciones preliminares ni la elaboración de PGF.

• Se dispuso feriado local el día lunes 20 de julio del presente año mediante RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA NRO. GADMSMB-ALC-2026-148.

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.

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. Gestionar de forma inmediata ante el MDH y la entidad cooperante la validación de perfil para el área de Trabajo Social.

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	San Miguel de los Bancos		
Distrito	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores			Discapacidades	
Modalidad	Apoyo Familiar			Nombre del Centro	AYCF		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: David Bustamante García		¿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 : _____

Carmen Moreira

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Carmen Delia Moreira Muñoz

CI: 1723998686

Escaneado con CamScanner

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	9		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores			Discapacidades	
Modalidad	Apoyo Familiar			Nombre del Centro	AYCF		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Belen Alava Esmeraldas		¿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 : _____

Carmen Moreira

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Carmen Delia Moreira Muñoz

CI: 1723998686

Escaneado con CamScanner

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	Protección Especial	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar			Nombre del Centro	AYCF		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Samuel Vera Flores		¿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 : _____

Carmen Moreira

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Carmen Delia Moreira Muñoz

C: 1723998686

Escaneado con CamScanner

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	Protección Especial	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar			Nombre del Centro	AYCF		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Fabricio Alava 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 : _____

Carmen Moreira

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Carmen Delia Moreira Muñoz

C.I: 1723498686

Escaneado con CamScanner

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	Protección Especial	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	AYCF			Nombre del Centro			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: 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 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 Jennyfer Rosero

CI: 2300123946

Escaneado con CamScanner