GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL AGOSTO 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
2	PSICOLOGA	LIZBETH EDITH ALVAREZ VALENCIA	1727270546
3	TRABAJADORA SOCIAL	CARMEN DELIA MOREIRA MUÑOZ	1723998686
4	FACILITADORA FAMILIAR	JENNYFER ROCIO ROSERO PEREZ	2300123946

LISTA DETALLADA DE USUARIOS:

	LISTADO DE USUARIOS AYCF-SMB	MES	AGOSTO

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	3038868
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	2960142
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 (97%).

Trabajos administrativos, creación y actualización de expedientes de casos dentro del proyecto (97%).

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO:

COMPONENTE DEL PROYECTO	% EJECUTADO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	LOGROS Y DIFICULTADES
PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS PREVIO	**100%**	Durante el mes se realizarón 1 investigación preliminar.	**LOGROS** Se obtuvo información de la familia **DIFICULTADES** Recinto lejano de cabecera. Padre de NNA no ubicado.
COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	**100%**	2 Articulaciones de seguimiento casos en JCPDNNA SMB, 16 Seguimientos educativos en las siguientes instituciones: Unidad Educativa “Dr. Carlos Alomoto Ayala. Unidad Educativa “Fiscomisional Técnico Ecuador”. Escuela de Educación Básica 23 de Junio. Unidad Educativa San Miguel de los Bancos. 1 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. Se logró el agendamiento los controles médicos de rutina de los NNA. **DIFICULTADES** Distancia y dispersión geográfica de las instituciones 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** N/A **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. Durante el mes de agosto de 2026, se realizaron visitas domiciliarias con el propósito de brindar acompañamiento a la familia, identificar necesidades prioritarias, verificar el cumplimiento y la garantía de los derechos fundamentales, así como dar seguimiento a los objetivos establecidos en el Plan Global de Familia (PGF). Visitas domiciliarias para desarrollo de una actividad denominada “manillas” Visitas domiciliarias, actividad de esparcimiento.	**LOGROS** * Se logró realizar el levantamiento y actualización sistemática de información psicosocial de los usuarios, generando insumos técnicos para la aplicación de nuevas baterías psicológicas y el establecimiento de una valoración comparativa de los resultados. *Se brindó atención psicológica individual y grupal, orientada a las necesidades personales y psicosociales identificadas en los usuarios. **DIFICULTADES** -Dificultades de acceso a ciertos hogares por ubicación geográfica o condiciones de la vivienda. - Limitada disponibilidad de los padres debido a sus jornadas laborales - Se identificó la necesidad de contar con cuentas alfabéticas como insumo esencial para que los NNA personalicen sus manillas.
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	**100%**	9 Evaluaciones de PGF. Se identificaron los avances y las problemáticas actuales de las familias, permitiendo establecer acciones de acompañamiento acordes a sus necesidades * Taller dirigido a Familias "Apego seguro desde la gestación". * Taller con niños, niñas y adolescentes con temática “Misión Mitad del Mundo”.	**LOGROS** * Se comprendió la importancia del desarrollo de un vínculo de apego seguro hacia las niñas y niños en la primera infancia, con el fin de potenciar la resiliencia emocional, la regulación afectiva. **DIFICULTADES** Se observó impuntualidad por parte de algunas familias en la asistencia a los talleres, lo que afectó el cumplimiento del cronograma y la dinámica inicial de las sesiones.

Observaciones:

* 03 de agosto de 2026: Reincorporación de la profesional de Trabajo Social a sus funciones laborales y continuidad de las actividades propias del área.
* 06 de agosto de 2026: la profesional del área de trabajo social tuvo permiso autorizado con cargo a vacaciones por motivo de calamidad doméstica.
* Suspensión de la jornada laboral en cumplimiento del Feriado Nacional del 10 de agosto de 2026, decretado por la conmemoración del Primer Grito de Independencia del Ecuador.
* El profesional del área de coordinación no laboró el 27 de agosto por calamidad familiar.
* Se priorizó la ejecución de los PGF pendientes, con el propósito de regularizar los PGF rezagados tras la ausencia temporal del área de Trabajo Social durante el mes de julio.
* Se logro realizar la primera entrega de kits de alimentos a los usuarios garantizando el derecho a una buena salud alimentaria de los NNA del proyecto AYCF.

Recomendaciones:

1. Continuar ejecutando el rubro de alimentación durante los siguientes meses de este periodo 2026, dando cumplimiento al convenio firmado con el MDTDH.
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. Dar continuidad a la ejecución de actividades orientadas a la atención de necesidades familiares prioritarias, promoviendo el desarrollo de habilidades clave para el fortalecimiento personal, la autonomía y la integración social
5. Mantener la planificación y coordinación semanal del equipo técnico, procurando organizar los cronogramas de acuerdo con los días laborables y fortalecer la articulación entre las áreas de Psicología, Trabajo Social y Coordinación, con el propósito de evitar acumulación de procesos y garantizar una atención oportuna e integral.
6.Gestionar de forma inmediata ante el MDH y la entidad cooperante la validación de perfil para el área legal del proyecto.

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	Pedrinda.	Ciudad	Los Buxos.
Distrito	Provincial.	Zona	2
Servicio	Desarrollo Infantil	Adultos Mayores	Discapacidades
Modalidad	Custodia Familiar.	Nombre del Centro	AKF-SMB.

DATOS INDIVIDUALES

Usted es	Aniela Fuelpaz	¿Es usuarios de dos o más servicios del MIES?	
Usuario		Si	
		Especifique	
Representante de usuario		No	

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIATOS 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 DARIO MACAS.

CI 1724854541

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	Provincial Pichincha.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial.	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	AYCF. SMB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Luis Antonio Bravo.	¿Es usuario 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 Luis Bravo A.

CI 1724236541

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	Manuel Cornejo.			Zona	2.		
Servicio	Desarrollo Infantil	Inclusión Especial.		Adultos Mayores		Discapacidades	
Modalidad	Apoyo Familiar.			Nombre del Centro	AYG. SMB.		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Bryan Carrillo.	¿Es usuario 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
	☹	☹	😐	😊	☺
¿Que tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro s/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 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 Dario Macas.

C.I 1724834541

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	Bancal.		Zona	2.	
Servicio	~~Desarrollo Infantil~~	Protección Especial	Adultos Mayores		Discapacidades
Modalidad	Apoyo Familiar.		Nombre del Centro	AYCF- SMB.	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:	Edinson Lupo.	¿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					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 : _____

_____

[signature]

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Barco Macas A.

CI: 1724834541

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	Ciudad de Pichincha.		Zona	2.	
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial.	Adultos Mayores		Discapacidades
Modalidad	Apoyo Familiar.		Nombre del Centro	AYCF_SMB.	

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Clelia Esmeraldas.		¿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 Dario Macas.

C: 1724839541