GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO APOYO FAMILIAR Y CUSTODIA FAMILIAR

REPORTE MENSUAL SEPTIEMBRE 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 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: 5 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	29/09/2026	BUSTAMANTE GARCIA GONZALO DAVID	2350991093
2	29/09/2026	BUSTAMANTE GARCIA EMILY JAMILETH	2350044000
3	29/09/2026	MERO BRAVO KENIA ALEJANDRA	2351868357
4	29/09/2026	MERO BRAVO NAYELI DAMARIS	1728384049
5	29/09/2026	SERNA PATIÑO FERNANDA ISABEL	1728244938

INGRESOS: 5 NNA.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS			
NUMERO	**FECHA**	**NOMBRE Y APELLIDO**	**NUMERO DE CÉDULA**
1	29/09/2026	ARIAS RAMON LIAM	1762893624
2	29/09/2026	CASIERRA ALAVA BELEN CATALINA	2351966490
3	29/09/2026	LOAYZA REYES ANDREW KELVIN	2351193772
4	29/09/2026	OCAMPO SALAZAR OLIVER MAXIMILIANO	1758671612
5	29/09/2026	OCAMPO SALAZAR GABRIELA AYLI	1757140098

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	SEPTIEMBRE

N°	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**Nº DE CÉDULA**	**CODIGO SIMIES**
1	ALAVA ESMERALDAS EDUARDO FABRICIO	1758822173	1206465
2	ARIAS RAMON LIAM	1762893624	3087787
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	CASIERRA ALAVA BELEN CATALINA	2351966490	3087792
10	BUSTAMANTE GARCIA GONZALO DAVID	2350991093	892711
11	BUSTAMANTE GARCIA EMILY JAMILETH	2350044000	892759
12	CEDEÑO URIBE JOSTIN ARIEL	2350524282	3038868
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	JARAMILLO SANCHEZ LARRY MAXIMILIANO	2350709305	2982659
20	LAPO HEREDIA CRISTOPHER ADRIAN	1757229776	1032987
21	LOAYZA REYES ANDREW KELVIN	2351193772	151700
22	LOOR BASANTES AILYN ISABELLA	1760775757	2863852
23	LOOR MENDOZA IKER ZHAMIR	1762415675	2960142
24	MENDOZA RAMIREZ JENIFER DAYANA	1757470099	796597
25	MERO BRAVO KENIA ALEJANDRA	2351868357	2732810
26	MERO BRAVO NAYELI DAMARIS	1728384049	2732820
27	MURCIA VISUMA NEYMAR ALEJANDRO	1757343106	988125
28	MURCIA VISUMA DANNA VALENTINA	2351971193	2158332
29	OCAMPO SALAZAR OLIVER MAXIMILIANO	1758671612	1158562
30	OCAMPO SALAZAR GABRIELA AYLI	1757140098	3087796
31	OLMEDO ZHUNAULA IRIS NAOMY	2351391582	797361

32	SERNA PATIÑO AINHOA NICOLE	1759732553	2143610
33	SERNA PATIÑO FERNANDA ISABEL	1728244938	2778943
34	VERA FLORES SAMUEL ANTONIO	1754800793	2930594
35	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 SEPTIEMBRE:

COMPONENTE DEL PROYECTO	% EJECUTADO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	LOGROS Y DIFICULTADES
PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS PREVIO	100%	Durante el mes se realizarón 6 investigaciones preliminares. -Flia. Perea Álvarez -Flia. Ocampo Salazar -Flia. Lituma Tandazo -Flia. Arias Ramón -Flia. Loayza Reyes -Flia. Castillo Vargas.	LOGROS - Desconocimiento por parte de algunas familias respecto a las funciones y objetivos del equipo técnico. - Se evidenció limitada participación de algunas familias durante el proceso de investigación psicosocial. DIFICULTADES - Coordinar con los miembros de la Junta para fortalecer la socialización de las funciones del equipo técnico y reducir la resistencia de las familias durante el proceso de intervención.
COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL	100%	2 Articulaciones de seguimiento casos en JCPDNNA SMB, 1 Seguimientos educativo. 12 Agendamientos de citas medicas en subcentro de salud. 1 Articulación con SALEM INTERNACIONAL. 1 Articulación con Centro de Mediación de Pichincha.	LOGROS -Se facilitó el acceso de los NNA a atención médica general. - Se garantizó el seguimiento a las citas de atención psicológica. DIFICULTADES -Retrasos ocasionales debido a la distancia y ubicación rural de los NNA.
PROCESO DE APOYO FAMILIAR	100%	Se mantiene cobertura de 22 usuarios en la modalidad de Apoyo Familiar que cuentan con medidad adiministrativas de protección. Se realizó el egreso de 5 usuarios en esta modalidad. Se realizó el ingreso de 3 usuarios en esta	LOGROS - Egresos de usuarios por cumplimiento del tiempo DIFICULTADES - Falta de documentación completa para el ingreso de algunos usuarios al proyecto.

		modalidad	
PROCESO DE CUSTODIA FAMILIAR	100%	Actualmente existe cobertura de 8 usuarios en la modalidad de Custodia Familiar. Se realizaron 0 egreso de usuarios bajo esta modalidad. Ingreso de 2 usuario en esta modalidad.	LOGROS - Ingreso de usuarios y establecimiento de objetivos de atención para el período de intervención. 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 septiembre 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 “ejercicio de estimulación cognitiva”. Visita domiciliaria,	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. - Dificultades en encontrar las palabras en la sopa de letras, y el tiempo de ejecución de la actividad se extendió más de los previsto.

		actividad para la inspección de material educativo. Visitas domiciliarias, estimulación temprana. Visitas domiciliarias, actividad de esparcimiento.	
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	100%	8 Evaluaciones de PGF. Se identificaron los avances y las problemáticas actuales de las familias, permitiendo establecer acciones de acompañamiento acordes a sus necesidades * Taller de Emprendimiento elaborado el 24 de septiembre con Usuarios y Familias del Proyecto AYCF: Elaboración de Queso. * Taller con niños, niñas y adolescentes elaborado el 30 de septiembre con temática "Mi red de personas importantes"	LOGROS * Elaboración del PGF con el propósito de establecer nuevos objetivos a trabajar con las familias. DIFICULTADES * Dificultades en coordinación de horarios para visitas domiciliarias donde se encuentren todos los integrantes de la familia.

Observaciones:

* Se priorizó la ejecución de los PGF durante este periodo.

* Se logro realizar la segunda entrega de kits de alimentos a los usuarios garantizando el derecho a una buena salud alimentaria de los NNA del proyecto AYCF.

* La coordinación interdisciplinaria y la articulación con actores externos contribuyeron al abordaje integral de las situaciones familiares, favoreciendo el análisis de casos, la identificación de redes de apoyo y la continuidad de los procesos de protección y restitución de derechos.

* Se priorizaron las investigaciones psicosociales de los casos que requerían atención y seguimiento oportuno.

* Limitada apertura y disponibilidad en algunas familias para colaborar con el equipo técnico, condicionadas por sus diversos compromisos personales, laborales y académicos.

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. 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.
5.Continuar gestionando de forma inmediata ante el MTDH y la entidad cooperante la validación de perfil para el área legal del proyecto.

6. 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.

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

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Esmeraldas Vasquez Fernando		¿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

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	Quito Norte.			Zona	9		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Custodia Familiar			Nombre del Centro	AYCF		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Mendoza Ramirez Jenifer		¿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 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 : _____

_____

Carmen Moreira

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Carmen Delia Moreira Muñoz

CI: 1723998686

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	Quito Norte			Zona	9		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores			Discapacidades	
Modalidad	Custodia Familiar			Nombre del Centro	AYCF		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Fuelpaz Guaran Aniela Mileth		¿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 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 : _____

_____

Carmen Moreira Muñoz

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Carmen Delia Moreira Muñoz

CI: 1723998686

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	Quito Norte			Zona	9		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Custodia Familiar			Nombre del Centro	AYCF		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Cedeño Uribe Justin Ariel		¿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: 1723498686

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	Quito Norte.			Zona	9		
Servicio	Desarrollo Infantil	Protección Especial	Adultos Mayores		Discapacidades		
Modalidad	Apoyo y Cuidado Familiar.			Nombre del Centro	AYCF		

DATOS INDIVIDUALES

Usted es: Andrew Loayza		¿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 : _____

_____

Jennyfer

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO Jennyfer Rosero

CI: 2300123946