GOBIERNO DEL ECUADOR | Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano

SUBSECRETARÍA DE DISCAPACIDADES

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL SERVICIO DE DISCAPACIDADES

FICHA DE AUDITORIA DE CALIDAD

Nombre del servicio: Atención a personas con discapacidad *(Detallar el nombre del servicio conforme a la taxonomía)*	**Versión: 2.0**
Modalidad o Caso: Atención a personas con discapacidad en el hogar y la comunidad *(Señale público, privado)*	**Código: MDH-CGPGE-DSPC-INC-001-FC-0021**
Tipo de gestión: Público /Privado **(Detallar si es público, privado,)**	**Fecha de aprobación de ficha:** 30/06/2026

DATOS GENERALES DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Nombre de la organización:
(Registre el nombre completo de la Persona natural o jurídica; GAD,ONG o Fundaciones).

Nombre de la Unidad de Atención:
(Detallar el nombre completo)

Nombre del responsable de la Unidad de atención con quien se levantó la información:
(Persona responsable del levantamiento)

Código SIIMDH:
(Registre el código del permiso de funcionamiento o número de Trámite del proceso)

Cobertura de autorización de Permisos de Funcionamiento:
(Número de usuarios por los cuales se firmó el convenio para la autorización del Permiso de Funcionamiento, por ejemplo: al momento de la visita se verifica que el convenio se firmó por 45 usuarios, por tanto, se registrarían los 45.)

Cobertura encontrada al momento de la visita:
(Registrar el número de usuarios/as encontrados al momento de la visita)

PRESENTES/ATENDIDOS: *(Definir el porcentaje de atención)* *Fórmula= (cobertura encontrada/ cobertura aprobada por permiso de funcionamiento)x100%*	**%** *(Marcar con una X según el porcentaje de la parte de abajo)*
>=95%	
>80%<95%	
<=80%	

COMPONENTES DE EVALUACIÓN DE CALIDAD

	COMPONENTE 1: PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA	SI	NO	Evidencia
1	¿Los usuarios/as cumplen con los criterios de ingreso establecidos en la Norma Técnica (Personas con discapacidad con diferentes niveles de apoyo, edad de 18 a 64 años, 11 meses, 29 días, privados de su medio familiar, o que se encuentre en condición de vulnerabilidad, riesgo, de la integridad física, psicológica, emocional o sexual, con medida de protección o medida de cumplimiento obligatoria emitida por autoridad competente? Señale la casilla correspondiente SI los usuarios/as cumplen con los criterios de ingreso establecidos en la Norma Técnica, caso contrario seleccione literal d. a) Mayor a 95% b) Mayor al 80% de usuarios c) Entre el 50% y el 80% de usuarios d) Menos del 50% de usuarios.			Verificar requisitos de ingreso al servicio

	a) Mayor a 95%			
	b) Mayor al 80% de usuarios			
	c) Entre el 50% y el 80% de usuarios			
	d) Menos del 50% de usuarios			
2	¿La unidad de atención cuenta con el acta de compromiso por cada uno de los usuarios? Señalar SI, cuando la unidad de atención cuente con un acta de compromiso por de cada uno de sus usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Tomar muestra aleatoria del 10% de expedientes in situ Verificar acta de compromiso suscrita por el usuario/a
3	¿La unidad de atención cuenta con la ficha de valoración (en físico y digital) de Desarrollo de Habilidades (inicial/semestral/final, dependiendo el tiempo de aplicación de la ficha) por cada uno de los usuarios/as? Señalar SI, cuando la unidad de atención cuente con la ficha de valoración (en físico y digital) de Desarrollo de Habilidades (inicial/semestral/final) por cada uno de los usuarios/as , caso contrario señalar NO.			Anexo 2 Ficha de valoración de desarrollo de habilidades
4	¿La unidad de atención cuenta y ejecuta el Plan de Vida por cada uno de los usuarios/as? Señalar SI, cuando la unidad de atención cuente y ejecute el Plan de Vida por cada uno de los usuarios/as , caso contrario señalar NO.			Anexo 3 Ficha de Plan de Vida
5	¿La unidad de atención cuenta y ejecuta una Planificación Anual de Desarrollo de Habilidades por cada uno de los usuarios/as? Señalar SI, cuando la Unidad de Atención cuente y ejecute una Planificación Anual de Desarrollo de Habilidades por cada uno de los usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Anexo 5 Ficha Matriz de Planificación Anual
6	¿La unidad de atención cuenta con planificaciones de trabajo mensual? Señalar SI, en caso de que la unidad de atención cuente con planificaciones de trabajo mensual, caso contrario señalar NO.			Anexo 6 Ficha de Ejecución mensual
7	¿La unidad de atención cuenta con los informes de Desarrollo de habilidades semestral y final, Plan de Vida, Planificación anual, .? (Tomar una muestra aleatoria mínima del 10% de expedientes de los usuarios/as). Señalar SI, en caso de que la unidad de atención cuente con los informes de Desarrollo de habilidades semestral y final, Plan de Vida, Planificación anual, . , caso contrario señalar NO.			Tomar una muestra aleatoria mínima del 10% de expedientes de los usuarios/a al momento de la visita
8	¿Cuántos usuarios del nivel 4 cuentan con perfil funcional? (Se considerará el contar con el perfil Funcional previo egresamiento) Señalar el casillero correspondiente, SI en caso de que la unidad de atención cuente con usuarios del nivel 4 con perfil funcional previo al egresamiento, caso contrario señalar NO. a) >=90% de usuarios b) <90% > 70% de usuarios c) <70% >50% de usuarios d) <50% de usuarios e) No se aplica si no cuenta con usuarios en nivel 4.			Anexo 11 Ficha de Perfil funcional
	a) >=90% de usuarios			
	b) <90% > 70% de usuarios			
	c) <70% >50% de usuarios			
	d) <50% de usuarios			
	e) No se aplica si no cuenta con usuarios en nivel 4			
	COMPONENTE 2: PROCESO SOCIO-EDUCATIVO			
9	¿La unidad de atención cuenta con la caracterización de la familia por cada uno de los usuarios/as? Señalar SI, la unidad de atención cuenta con la caracterización de la familia por cada uno de los usuarios/as , caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo 15 Ficha de caracterización de la familia
10	¿La unidad de atención cuenta con planificación y ejecución de actividades con la familia por cada uno de los usuarios/as? Señalar SI, en caso de que la unidad de atención cuente con la planificación y ejecución de actividades con la familia por cada uno de los usuarios/as caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo 16 Técnicas simplificadas
11	¿La unidad de atención cuenta con la ficha de registro de entidades de la comunidad? Señalar SI, en caso de que la unidad de atención cuente con ficha de valoración de Desarrollo de Habilidades (inicial/semestral/final) actualizada de cada uno se los usuarios/as, caso contrario señalar NO.			Anexo 2 Ficha de valoración de desarrollo de habilidades
12	¿La unidad de atención cuenta con una planificación para articular acciones con la comunidad? Señalar SI, en caso de que la unidad de atención cuente con una planificación para articular acciones con la comunidad , caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo 22 Plan de acción comunitario.
13	¿La unidad de atención tiene conformado el Comité de Cuidadores (Acta de conformación)? Señalar SI, en caso de que la unidad de atención tenga conformado el Comité de Cuidadores (acta de conformación) , caso contrario señalar NO.			Verificar Anexo 17 Acta de conformación y/o reactivación del comité de personas responsables del cuidado para personas con discapacidad

14	¿La unidad de atención evidencia acciones para el cuidador institucional en base a la guía "Cuido de mi para cuidar de ti" (capacitaciones, espacios de respiro, apoyo entre pares, .) ? (Verificar Hoja de registro de asistencia). Señalar la casilla correspondiente SI, la unidad de atención evidencia acciones para el cuidador institucional caso contrario señalar el literal c. a) 3 o más acciones durante n año b) 1 o 2 acciones c) Ninguna.			Verificar Hoja de registro de asistencia
	a) 3 o más acciones durante el año			
	b) 1 o 2 acciones			
	c) Ninguna			
15	¿El Coordinador/Equipo Técnico/representante legal de la Unidad de Atención ha realizado acciones (conocen y siguen la hoja ruta, cuentan con informes sobre los casos reportados, asistencia técnica a la familia/ personal técnico del servicio) en caso de violencia? (Acuerdo Ministerial 014- Protocolo General de actuación frente a la violencia-Anexo 5-ficha 1 Pasos para abordar a personas con discapacidad posibles víctimas de violencia) Señalar la casilla correspondiente SI, el Coordinador/Equipo Técnico/representante legal de la Unidad de Atención ha realizado en caso de violencia caso contrario señalar el literal c. a) 3 o más acciones durante el año b) 1 o 2 acciones durante el año c) Ninguna acción.			Acuerdo Ministerial 014- Protocolo General de actuación frente a la violencia-Anexo 5-ficha 1 Pasos para abordar a personas con discapacidad posibles víctimas de violencia. Verificar en casos de violencia los informes sobre los casos reportados
	a) 3 o más acciones durante el año			
	b) 1 o 2 acciones durante el año			
	c) Ninguna acción			
16	En relación a, capacitaciones, eventos inclusivos, talleres o charlas de orientación sobre discapacidad a las familias (en caso de tener referente familiar), comunidad ¿Cuántos eventos relacionados con el tema se han llevado a efecto? (Se puede verificar in situ en base a la Planificación por la Unidad de atención correspondiente al componente de Gestión Administrativa) Señale la casilla correspondiente SI , la unidad de atención ha realizado capacitaciones, eventos inclusivos, talleres o charlas de orientación sobre discapacidad a las familias y comunidad, caso contrario señalar NO. a) Más de 3 capacitaciones, eventos inclusivos, talleres o charlas de orientación a la fecha de la visita b) Hasta 2 capacitaciones, eventos inclusivos, talleres o charlas de orientación a la fecha de la visita c) Una capacitación, evento inclusivo, taller o charla de orientación a la fecha de la visita d) Ninguna capacitación, evento inclusivo, taller o charla de orientación a la fecha de la visita.			Verificar conforme al formato del anexo 24 Registro de asistencia
	a) Más de 3 capacitaciones, eventos inclusivos, talleres o charlas de orientación a la fecha de la visita			
	b) Hasta 2 capacitaciones, eventos inclusivos, talleres o charlas de orientación a la fecha de la visita			
	c) Una capacitación, evento inclusivo, taller o charla de orientación a la fecha de la visita			
	d) Ninguna capacitación, evento inclusivo, taller o charla de orientación a la fecha de la visita			
	COMPONENTE 3: SALUD PREVENTIVA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN			
17	¿La unidad de atención coordina con la red de salud pública como mínimo 2 veces al año con el (MSP) para la evaluación y diagnóstico individual del estado nutricional y salud integral de los usuarios y lo registra en la ficha de salud correspondiente? Señale SI, en caso de que la unidad de atención coordine con la red de salud pública (MSP) la evaluación y diagnóstico individual del estado Nutricional, Salud, odontológico y tratamiento de los usuarios, caso contrario señale NO. a) >=90% de usuarios b) <90% > 70% de usuarios c) <70% >50% de usuarios d) <50% de usuarios.			Norma Técnica AHC Componente 5.4 Talento humano Revisar Anexo 27. Ficha de Registro de Salud
	a) >=90% de usuarios			
	b) <90% > 70% de usuarios			
	c) <70% >50% de usuarios			
	d) <50% de usuarios			

18	¿Cuántos procesos de capacitación ha realizado la unidad de atención sobre nutrición, y seguridad alimentaria a las personas con discapacidad y sus familias? (Verificar Anexo 24 Registro de asistencia). Señale SI, en caso de que la unidad de atención ha realizado procesos de capacitación sobre nutrición y seguridad alimentaria a las personas con discapacidad y sus familias , caso contrario señale el literal d. a) Más de 3 capacitaciones b) Hasta 2 capacitaciones c) Una capacitación d) No ha realizado capacitaciones.			Verificar Anexo 24 Registro de asistencia
	a) Más de 3 capacitaciones			
	b) Hasta 2 capacitaciones			
	c) Una capacitación			
	d) No ha realizado capacitaciones			
19	¿La unidad de atención ha coordinado o gestionado espacios, talleres o charlas de orientación de una vida libre de violencias y de salud sexual y reproductiva? ¿Cuántas capacitaciones se ha realizado en este tema? Señale SI, en caso de que la unidad de atención haya coordinado para capacitar o gestionar espacios, talleres o charlas de orientación de una vida libre de violencias y de salud sexual y reproductiva, , caso contrario señale el literal d. a) Más de 3 capacitaciones b) Hasta 2 capacitaciones c) Una capacitación d) No ha realizado capacitaciones.			Verificar Anexo 24 Registro de asistencia
	a) Más de 3 capacitaciones			
	b) Hasta 2 capacitaciones			
	c) Una capacitación			
	d) No ha recibido capacitaciones			
	COMPONENTE 4: TALENTO HUMANO			
20	¿La unidad de atención cuenta con el equipo completo de talento humano y cumplen con el perfil profesional según la Norma Técnica? (1 Coordinador/a por cada 10 unidades de atención , 1 Terapista Ocupacional por cada 150 usuarios, 1 facilitador por cada 30 usuarios) (Verificar Norma Técnica AHC Componente 5.4 Talento humano) Señale la casilla correspondiente SI, la unidad de atención cuenta con el equipo completo de talento humano y cumplen con el perfil profesional según la Norma Técnica, caso contrario señalar el literal d. a) Cumple con el 100% del talento humano requerido b) Mayor al 80% del talento humano requerido c) Entre el 50% y el 80% del talento humano requerido d) Menos del 50% del talento humano requerido.			Verificar Norma Técnica AHC Componente 5.4 Talento humano/ Verificar Nómina de personal o insumo donde conste personal de la Unidad de Atención
	a) Cumple con el 100% del talento humano requerido			
	b) Mayor al 80% del talento humano requerido			
	c) Entre el 50% y el 80% del talento humano requerido			
	d) Menos del 50% del talento humano requerido			
21	¿El/la Terapista Ocupacional tiene un informe por cada uno de los usuarios/as en el que se especifiquen las actividades realizadas? Señale SI, en caso de que el/la Terapista Ocupacional tiene un informe por cada uno de los usuarios/as , caso contrario señale NO.			Anexo 9 Formato de informe institucional (Tomar muestra aleatoria del 10% de expedientes in situ)

22	¿El/la Facilitador/a tiene un informe por cada uno de los usuarios/as en el que se especifiquen las actividades realizadas? Señale SI, en caso de que el/la facilitador tiene un informe por cada uno de los usuarios/as , caso contrario señale NO.			Anexo 9 Formato de informe institucional (Tomar muestra aleatoria del 10% de expedientes in situ)
	COMPONENTE 5: INFRAESTRUCTURA, AMBIENTES SEGUROS Y ACCESIBLES			
23	¿La unidad de atención en coordinación con la familia ha habilitado en el domicilio un espacio para el desarrollo de sus actividades? Señale SI, en caso de que la unidad de atención en coordinación con la familia ha habilitado en el domicilio un espacio para el desarrollo de sus actividades, caso contrario señale NO.			Verificar Norma Técnica AHC Componente 5.6 Infraestructura Respaldo fotográfico del espacio para el desarrollo de actividades in situ
24	¿La unidad de atención orienta a la familia sobre la necesidad de contar con espacios limpios y saludables y accesibles en el hogar? Señale SI, en caso de que se evidencie que la Unidad de Atención cuente en coordinación con la familia ha habilitado en el domicilio un espacio para el desarrollo de sus actividades, caso contrario señale NO.			Verificar Norma Técnica AHC Componente 5.6 Infraestructura Respaldo fotográfico del espacio para el desarrollo de actividades in situ
25	La entidad cooperante cuenta con un espacio para realizar planificaciones de trabajo, elaboración de material técnico por parte del equipo técnico mismo que debe contar con equipamiento informativo y material de oficina? Señale SI, en caso de que la entidad cooperante cuente con un espacio para realizar planificaciones de trabajo, elaboración de material técnico , con equipamiento informativo y material de oficina, caso contrario señale NO.			Norma Técnica AHC Componente 5.6 Infraestructura Respaldo fotográfico del espacio para el desarrollo de actividades in situ
26	¿Qué acciones ha realizado la unidad de atención para poner en práctica el Plan de gestión de riesgos (Simulacros, capacitaciones personal técnico y usuarios/as, socialización a la familia y comunidad, otros) Señale SI, cuando la unidad de atención haya ejecutado acciones en base al Plan de gestión de riesgos (Simulacros, capacitaciones personal técnico y usuarios/as, socialización a la familia y comunidad, otros), caso contrario señale NO.			Verificar Anexo 24 Registro de asistencia y respaldo fotográfico
	COMPONENTE 6: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN			
27	¿La unidad de atención cuenta un Plan de Mejoras ejecutado y/o en ejecución? Señale SI, en caso de que la unidad de atención cuenta con un Plan de Mejoras en ejecución caso contrario señale NO.			Verificar en Norma Técnica AHC 5.7 Componente 7 Administración y gestión Verificar nivel de avance del Plan de mejoras Verificar a través de la circular de socialización/ memorando/quipux/correo/otros.
28	¿La unidad de atención, cuenta con Permiso de Funcionamiento? Señale en la casilla correspondiente SÍ, la unidad de atención cuenta con permiso de funcionamiento, caso contrario señale NO. a) Vigente (No mayor a un año) b) En proceso c) Caducado/ No dispone.			Conforme Norma Técnica AHC 5.7 Componente 7 Administración y gestión Permiso de Funcionamiento- verificar in situ
	a) Vigente (No mayor a un año)			
	b) En proceso			
	c) Caducado / No dispone			
29	¿La Unidad de atención ha recibido capacitación/es en áreas afines a la prestación del servicio con los diferentes actores sociales? ¿Cuántas capacitaciones ha realizado en relación al tema? Señale SI en caso de que la unidad de atención haya recibido capacitación/es en áreas afines a la prestación del servicio con los diferentes actores sociales , caso contrario señale el literal d. a) Más de 3 capacitaciones al momento de la visita b) Hasta 2 capacitaciones al momento de la visita c) Una capacitación al momento de la visita d) No ha recibido capacitaciones.			Conforme a Norma Técnica AHC Componente 7 Administración y gestión Verificar Anexo 24 Registro de asistencia y respaldo fotográfico
	a) Más de 3 capacitaciones al momento de la visita			
	b) Hasta 2 capacitaciones al momento de la visita			
	c) Una capacitación al momento de la visita			
	d) No ha recibido capacitaciones			

30	¿La unidad de atención, ingresa, registra y actualiza información de los usuarios/as en el Sistema de Información Institucional ? Señale SI en caso de que en el centro ingresa, registra y actualiza información de los usuarios/as en el Sistema de Información Institucional conforme los lineamientos remitidos, caso contrario señale NO.			Verificar en reporte del SIIMDH/ SARA
	Total general			

Resumen de Auditoría:
De la evaluación realizada a los ____ requisitos técnicos contemplados en la auditoría, se determinó que ___ cumplen estrictamente con los lineamientos establecidos, mientras que ___ presentan inconformidades. Entre los principales hallazgos y desviaciones identificadas se destacan: _____. Este desempeño representa un nivel de cumplimiento del _____% respecto al estándar auditado

ACUERDO DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Al firmar este documento, garantiza la veracidad de la información brindada por la unidad de atención y registrada por el técnico/a que realizó la aplicación de la ficha y corresponde a las evidencias encontradas durante la evaluación.
Este acuerdo de veracidad está conforme al Acuerdo Ministerial Nro. 013 "Cero Tolerancia a la Corrupción del Ministerio de Inclusión Económica y Social" expedido el 26 de febrero de 2018.

Fecha de Auditoria (dd/mm/año) :	
Hora inicio:	
Hora fin:	
Correo del responsable de la unidad de atención:	
Nombre y Apellido del Auditor:	**Nombre del responsable de la unidad de atención:**
Cargo:	**Cargo:**