

### DENOS SU OPINION

Queremos prestarle una mejor atención por ende requerimos de su ayuda.por favor califique libremente que ha recibido del I.N.P.

#### I OPORTUNIDAD

1. ¿El tiempo de espera fue el adecuado?	2. ¿Considera adecuado el horario de atención?	3.¿El tramite/servicio solicitado fue atendido?
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>

#### II. CONFIABILIDAD

4. ¿La solución al tramite/servicio fue atendida correctamente?	5.¿El funcionario fue reservado con la información que le fue suministrada?
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>

#### III. CLARIDAD

#### IV. AMABILIDAD

6.¿La información solicitada sobre los requisitos para la realización del tramite/servicio fue clara y completa	7.¿El funcionario presento interés en resolver su requerimiento?
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>

#### V.PRESENTACION PERSONAL

#### VI. INSTALACIONES

8.¿La presentación personal del funcionario que le atendió es adecuada?	9.¿Las instalaciones donde se presento el servicio se encuentran en buenas condiciones(Iluminación , Ventilación, Señalización limpieza)?
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> nc <input type="checkbox"/>

#### VII. SUGERENCIAS

_____	ESPACIO RESERVADO I.N.P.
_____	
_____	

CENTRO PENAL

#### DATOS DEL CIUDADANO

NOMBRE: _____	FECHA: _____
PROFESION U OFICIO: _____	NUMERO: _____
EDAD: _____ RESIDENCIA: _____	_____
SERVICIO O TRAMITE: _____	_____