FECHA:
NOMBRE DEL ESPACIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS:
MODALIDAD DEL ESPACIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS: **Presencial:** ☐ **Virtual:** ☐
NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA LA ENCUESTA:

Para efectos de conocer sus opiniones y que éstas sean tenidas en cuenta para la organización de eventos futuros de rendición de cuentas del Instituto Nacional para Sordos - INSOR, le agradecemos diligenciar la siguiente encuesta, marcando con X unas de las siguientes opciones.

Sus datos y respuestas serán tratados de forma confidencial.

1. ¿Cómo se enteró del espacio de Rendición de Cuentas?

	Publicación del Portal Institucional		Correo Electrónico		Redes Sociales		Chat		Otro

Si es otro, descríbalo:
_____

	A) Afirmaciones	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente
2.	La información presentada durante el espacio de Rendición de Cuentas fue pertinente, comprensible y completa					
3.	La temática y la metodología desarrollada respondieron a sus expectativas					
4.	Considera que el espacio de Rendición de Cuentas permite conocer los resultados de la gestión del INSOR					
5.	El espacio de Rendición de Cuentas le permitió a Usted como ciudadano o como usuario de los servicios de la entidad, evaluar su gestión					

Este documento es propiedad del Instituto Nacional para Sordos, prohibida su reproducción sin previo aviso.

6.	La Logística del evento (agenda, acceso, puntualidad, organización), fue adecuada					
7.	Volvería a participar en un espacio de Rendición de Cuentas de la entidad					

	B) Ítems relacionados con la Asesoría/servicio prestado por el INSOR	**Deficiente**	**Malo**	**Regular**	**Bueno**	**Excelente**
1	¿Cómo califica el proceso para acceder a la Asesoría y/o servicio prestado por parte del INSOR?					
2	Respecto a las asesorías y/o servicios que usted ha recibido por parte del INSOR ¿cómo califica la atención y respuesta a sus requerimientos?					
3	Califique la claridad de la información brindada en la Asesoría y/o servicio prestado por el INSOR.					

- ¿Cuáles son las principales contribuciones de la sesión?:

_____
_____
_____
_____
_____

- ¿Qué observaciones o sugerencias tiene para mejorar las asesorías y/o servicios que usted ha recibido por parte del INSOR?:

_____
_____
_____
_____

Este documento es propiedad del Instituto Nacional para Sordos, prohibida su reproducción sin previo aviso.