

“ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE –AYÚDANOS A MEJORAR”

Estimado Cliente: Con el objeto de mejorar nuestros servicios, le solicitamos atentamente completar la siguiente encuesta de manera a permitimos conocer su percepción a nuestro trabajo

Usted solicito los servicios de (marcar):

Calibración **Inspección** **Otros (favor indicar).....**

Favor seleccionar las casillas correspondientes con una X su grado de satisfacción de acuerdo a las siguientes opciones:

Grado de Satisfacción	
MUY INSATISFECHO	1
INSATISFECHO	2
REGULAR	3
SATISFECHO	4
MUY SATISFECHO	5

CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO	1 2 3 4 5
¿Cuál es su nivel de satisfacción en cuanto a la calidad de nuestro servicio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ENTREGA DE INFORMES	1 2 3 4 5
¿Se entregó oportunamente los informes/certificados emitidos de acuerdo al tiempo acordado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Se cumplió a cabalidad con lo acordado en la solicitud de servicio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EVALUACIÓN DE LOS INFORMES/CERTIFICADOS EMITIDOS	1 2 3 4 5
¿Es clara y comprensible el informe entregado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ATENCIÓN AL CLIENTE	1 2 3 4 5
¿Cómo califica la colaboración y predisposición del personal a sus requerimientos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿El personal realizó el servicio con imparcialidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SATISFACCIÓN GENERAL DEL SERVICIO	1 2 3 4 5
¿Cuál es su grado de satisfacción general con la actividad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

QUEJAS Y/O SUGERENCIAS DE MEJORA
Solicitante/Razón Social:
Dirección:
Correo electrónico:..... Teléfono/Celular:
Describe su queja y/o sugerencia:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

USO EXCLUSIVO DEL ORGANISMO - SEGUIMIENTO

Queja N°: /

Fecha de recepción: -----

Fecha de respuesta al cliente: ----- **Nota N°:** -----

Observaciones: -----

Responsable: -----