

 PUTUMAYO GOBERNACIÓN NIT. 800.094.164-4	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FT-AU-001
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	VERSION: 02
		FECHA: 01/09/2015

Fecha encuesta	Día:	Mes:	Año:
-----------------------	------	------	------

Señor usuario, cordial saludo, su opinión es muy importante para nosotros, nos permiten mejorar cada día nuestros servicios que le prestamos. Por favor diligencie las preguntas marcando con una X la opción que usted considere.

Nombres y Apellidos: _____

No. Cedula de ciudadanía: _____

Dirección Residencia: _____ **teléfono:** _____

Organización o empresa: _____

Numero de celular: _____ **Email:** _____

MARQUE CON UNA X LAS CONDICIONES CON LAS QUE SE IDENTIFIQUE															
género		rango de edad				etnia				comunidad			zona		
F	M	INFANTE (0 A 14)	ADOLESC ENTE	ADULTO (20 A 59)	ADULTO	INDIGENA	AFRO	RAIZAL	ROM	CABEZA	DESPLAZ	DISCAPA	L.GBTI	URBANA	RURAL

El día de hoy fue atendido en la Secretaria de _____, y solicitó el servicio de: _____

FACTORES	CALIFICACIÓN			
	excelente	bueno	regular	malo
1. Servicio. ¿Cómo Califica el Servicio Prestado?				
2. Instalaciones y Recursos. ¿Cómo califica los espacios de atención al cliente, en cuanto aseo, ventilación y el nivel del ruido?				
3. Duración de la Atención. ¿Cómo califica la oportunidad del servicio prestado?				
4. Horarios de Atención. ¿Cómo califica los horarios de atención al público en cuanto a la puntualidad, sin son adecuados y respetados?				
5. Atención a dudas e inquietudes. ¿Cómo califica la atención a sus dudas e inquietudes?				

GRACIAS POR AYUDARNOS A MEJORAR

6. Por favor escriba a continuación sus peticiones, quejas, reclamaciones, sugerencias o felicitaciones: _____

FIRMA _____