



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

AYÚDANOS A MEJORAR NUESTROS SERVICIOS

DD/MM/AAAA



Nombre _____

Cedula _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Comuna _____

Marque con una x su nivel de satisfacción frente a cada pregunta	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Servicio prestado por la dependencia visitada				
Trato dado por el funcionario				
Atención a su inquietud				
Acceso a la información				

Dependencia visitada _____

¿Obtuvo respuesta o solución a su trámite o inquietud?

S I NO

Tipo de Trámite realizado _____

¿Cómo cree que podemos mejorar?

NOTA: La Información personal es opcional y solo se usará con fines estadísticos, que permitan la mejora continúa.

SC-02-F06 V03