



## **ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de la Revisión Técnico Mecánica: \_\_\_\_\_

Placa vehículo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

### **Estimado (a) Cliente:**

Agradecemos el tiempo y su apoyo para responder esta encuesta, su voz importa y nos ayuda a mejorar nuestros servicios, la información proporcionada es confidencial.

#### **1. ¿Cuál fue el motivo de su visita?**

- |                                                    |                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Revisión técnico-mecánica | <input type="checkbox"/> Preventivas  |
| <input type="checkbox"/> Consulta                  | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

#### **2. ¿Cómo calificaría la atención recibida del personal?**

- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Mala     |
| <input type="checkbox"/> Buena     | <input type="checkbox"/> Muy mala |
| <input type="checkbox"/> Regular   |                                   |

#### **3. ¿El proceso de revisión se le explico clara y comprensible?**

- |                                                |                                        |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| <input type="checkbox"/> De acuerdo            |                                        |

#### **4. ¿Cómo fue el tiempo de espera?**

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy rápido | <input type="checkbox"/> Muy lento |
| <input type="checkbox"/> Rápido     | <input type="checkbox"/> Lento     |
| <input type="checkbox"/> Aceptable  |                                    |

#### **5. ¿Cómo evaluaría la limpieza y el profesionalismo de las instalaciones?**

- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Mala     |
| <input type="checkbox"/> Buena     | <input type="checkbox"/> Muy mala |
| <input type="checkbox"/> Regular   |                                   |



**6. ¿Recibió información clara y detallada sobre el estado de su vehículo?**

- Totalmente de acuerdo       En desacuerdo  
 De acuerdo

**7. ¿Recomendaría nuestros servicios a otras personas?**

- Definitivamente sí       Probablemente sí  
 No estoy seguro       Probablemente no  
 Definitivamente no

**8. ¿Qué aspectos considera que debemos mejorar? (Por favor, seleccione todas las opciones que apliquen)**

- Atención al cliente       Tiempo de espera  
 Información presentada       Instalaciones  
 Otros: \_\_\_\_\_

**10. ¿Le gustaría ser contactado para recordar realizar su revisión técnica mecánica?**

- Sí, por favor       No, gracias

**Firma:** \_\_\_\_\_  
**CC:** \_\_\_\_\_

*Agradecemos sinceramente su participación.  
¡Su opinión es muy valiosa para nosotros!*