

	CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR DE NARIÑO LTDA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL CLIENTE	Código: PR4-GER-FT5
		Versión: 1
		Fecha: 2025-07-16
		Página: 1 de 3

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?

- ☐ Revisión técnico-mecánica
 ☐ Preventivas
☐ Consulta
 ☐ Otros: _____

2. ¿Cómo calificaría la atención recibida del personal?

- ☐ Excelente
 ☐ Mala
☐ Buena
 ☐ Muy mala
☐ Regular

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

- ☐ Totalmente de acuerdo
 ☐ En desacuerdo
☐ De acuerdo

4. ¿Cómo fue el tiempo de espera?

- ☐ Muy rápido
 ☐ Muy lento
☐ Rápido
 ☐ Lento
☐ Aceptable

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

- ☐ Excelente
 ☐ Mala
☐ Buena
 ☐ Muy mala
☐ Regular

	CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR DE NARIÑO LTDA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL CLIENTE	Código: PR4-GER-FT5
		Versión: 1
		Fecha: 2025-07-16
		Página: 2 de 3

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 técnico mecánica?

- ☐ Sí, por favor
 ☐ No, gracias

Firma: _____
CC:

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