

ENCUESTA GENERAL EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

FOR GES 17 Ver 20 12 23

Estimado cliente:

Con el fin de optimizar nuestro servicio, requerimos de su colaboración para conocer su percepción sobre los principales aspectos de nuestro trabajo por lo que le agradecemos contestar las siguientes preguntas.

Por favor seleccione con una X su respuesta.

Nombre y Apellido: DIANA BRAVO

Empresa:

DELTA PLASTIC C.A.

Cargo: ASISTENTE CONTABLE

Fecha: 19/03/2024

Nombre del Asesor que atiende su Requerimiento en Datasolutions: JAZMIN TORRES

COMERCIAL

1. ¿Cuándo atendemos sus cotizaciones, nuestro servicio es rápido?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

2. ¿Cómo calificaría la relación calidad precio con nuestro servicio?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

3. ¿Cree usted que nuestros ejecutivos de ventas están capacitados para atender sus necesidades?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

4. ¿Está de acuerdo con la frecuencia de seguimiento a sus pedidos de nuestro ejecutivo?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

CUSTOMER SERVICE

5. ¿Recibe usted una atención cordial y amable de nuestros colaboradores?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

6. ¿Está de acuerdo en la atención telefónica en cuanto a trato y agilidad?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

7. ¿Cómo calificaría la celeridad de la documentación que le entregamos?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

8. ¿Recibe usted información ágil en el seguimiento de sus pedidos?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

INFORMACION GENERAL

9. ¿Está de acuerdo con las medidas de control y seguridad que nuestra empresa mantiene?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

10. ¿Cómo valora nuestro servicio en general?

Excelente	<input checked="" type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------

11. ¿Qué recomendación nos daría para que su experiencia con nosotros mejore?
