Con el fin de dar cumplimiento al procedimiento y administración de las Peticiones, Queja y Reclamos en la Institución, es importante para nosotros conocer su opinión sobre el grado de satisfacción respecto del sistema de PQRSF y de las respuestas brindadas a sus solicitudes.

OBJETIVO: Realizar seguimiento del nivel de satisfacción respecto del sistema de PQRSF y de la respuesta otorgada por la Institución por parte de los usuarios.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | Apellido |  |
| Semestre |  | Programa |  |
| Jornada (Día –Noche) |  | Facultad |  |
| # PQRSF - VU |  | Fecha de encuesta |  |
| Dependencia Responsable |  | Funcionario responsable de respuesta |  |

Escala de calificación: 1: Deficiente 2: Regular 3: Bueno 4: Muy bueno 5: Excelente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENCUESTA** | **ESCALA DE CALIFICACION** | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la respuesta a su PQRSF? |  |  |  |  |  |
| 1. ¿El sistema de PQRSF le fue de gran utilidad en la gestión? |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Qué calificación le daría a la atención y servicio que le presto el sistema de PQRSF? |  |  |  |  |  |

¿Respecto a su PQRSF y de la gestión institucional en otorgar respuesta, quiere expresar sus puntos de mejora para que se han tenidos en cuenta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_