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

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Agradecemos su tiempo para responder esta encuesta, la cual pretende conocer su grado de percepción con relación a la atención recibida en el Centro de Atención al Cuidado, a fin de mejorar nuestros servicios.***

***Califique de 1 a 5 su grado de percepción frente a la atención recibida, en donde 5 es un nivel muy alto y 1 un nivel muy bajo***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique su grado de percepción** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Actitud de la persona que lo atendió |  |  |  |  |  |
| Claridad de la información proporcionada por el funcionario. |  |  |  |  |  |
| Facilidad para realizar los trámites requeridos |  |  |  |  |  |