



ENCUESTA PARA LA EVALUACION DE LA CARTA DE SERVICIOS 2020

Buenos días/tardes. El Ayuntamiento de Madrid está realizando una encuesta de satisfacción de los usuarios de la OMIC, con objeto de evaluar los indicadores de su Carta de Servicios y promover así su mejora continua, para lo cual el conocimiento de su opinión es esencial. Por este motivo, solicitamos su colaboración respondiendo a las preguntas de un pequeño cuestionario que tardará menos de CINCO MINUTOS en cumplimentar. Los datos que le solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de una forma totalmente ANÓNIMA, sin grabar ningún tipo de dato personal.

LE ROGAMOS RESPONDA PREVIAMENTE A LAS SIGUIENTES CUESTIONES (*Marque con una X la opción seleccionada*):

¿Es la primera vez que acude a la OMIC?

| | | | | | |
|--------------------------|----|---|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No | 2 |
|--------------------------|----|---|--------------------------|----|---|

¿Qué tipo de asunto ha motivado su visita a la OMIC?

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Solicitud de información | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Reclamación | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Denuncia | <input type="checkbox"/> | 3 |

CUESTIONARIO

1. ¿Está usted satisfecho con la información que ha recibido en esta OMIC (Oficina Municipal de Información al Consumidor)? (*Marque con una X la casilla que considere*).

| | | | | | | | | |
|--------------------------|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No | 2 | <input type="checkbox"/> | No sabe/No contesta | 9 |
|--------------------------|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|---------------------|---|

2. A continuación le agradeceríamos que nos indicara cuál ha sido su grado de satisfacción ante las siguientes cuestiones, otorgándoles un valor de 0 a 10, siendo 0 la puntuación más baja y 10 la más alta. (*Marque con una X la puntuación que considere*).

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 No sabe No contesta |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| La preparación técnica del personal que le ha atendido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El trato recibido, la amabilidad y cortesía del personal que le ha atendido. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La claridad y la facilidad de comprensión del lenguaje utilizado por el personal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. En términos generales, ¿diría que está usted satisfecho/a con el trato recibido y la actuación del personal que le ha atendido en esta oficina?

| | | | | | | | | |
|--------------------------|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No | 2 | <input type="checkbox"/> | No sabe/No contesta | 9 |
|--------------------------|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|---------------------|---|

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN