**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

Número de Expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Por favor marque las casillas correspondientes

(haciendo doble clic sobre la casilla seleccionada y eligiendo “**activada**” en el campo “**Valor predeterminado**”.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES GENERALES** | | | | | | |  |
| **AUDITORÍA REALIZADA** | | | | | | |  |
| CERTIFICACION | | | 1er SEGUIM. | 2do SEGUIM | RENOVACIÓN | AMPLIAC | OTRA |
| **NORMA/S**     |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ISO9001:2015 | ISO14001:2015  ISO45001:2018 | NCh2728:2015 | ISO22000:2018 | | ISO13485:2016 | NCh2861:2011  OTRA |  |  | | | | | | | |  |
| **NOS CONOCIO A TRAVÉS DE :** | | | | | | |  |
|  |  | WEB ASR | | CONSULTOR | SENCE | INN | OTRA |

Por favor valore los siguientes aspectos, puntuando entre 1 y 5 (donde 1 es la valoración más baja, y 5 la más alta). Gracias.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ASPECTO DE EVALUACIÓN** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1.-** | Atención recibida por parte del área comercial. |  |  |  |  |  |
| **2.-** | Claridad de la información contenida en la cotización. |  |  |  |  |  |
| **3.-** | Oportuna planificación del proceso desde el área de Operaciones |  |  |  |  |  |
| **4.-** | Comprensión del plan de auditoría. |  |  |  |  |  |
| **5.-** | Puntualidad del equipo auditor. |  |  |  |  |  |
| **6.-** | Actitud del equipo auditor hacia el cliente. |  |  |  |  |  |
| **7.-** | Conocimiento y comprensión del equipo auditor. |  |  |  |  |  |
| **8.-** | El auditor fue claro durante la reunión de cierre en la explicación de las No Conformidades |  |  |  |  |  |
| **9.-** | El proceso de auditoría duro el tiempo adecuado. |  |  |  |  |  |
| **10.-** | Claridad de los informes de auditoría presentados. |  |  |  |  |  |
| **11.-** | La auditoría realizada ayudará a mejorar el sistema de gestión de su organización |  |  |  |  |  |
| **12.-** | Valoración general del servicio prestado por ASR. |  |  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES, COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:**Plantilla Tapa Carpeta | | | | | | |

Quedamos a su disposición para comentar cualquier aspecto relacionado con la prestación de nuestro servicio en el Teléfono

**(56-32)2670070 o en el correo** [**contacto@asrcertificaciones.cl**](mailto:contacto@asrcertificaciones.cl)

**R-008-23**