

	Formato de retroalimentación de los clientes AOXLAB S.A.S	Identificación: FOR-GC-012
		Revisión: 3
		Inicio de vigencia: 2024-02-26

Formato de retroalimentación de los clientes

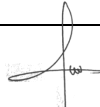

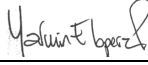
AOXLAB S.A.S

	Formato de retroalimentación de los clientes AOXLAB S.A.S	Identificación: FOR-GC-012
		Revisión: 3
		Inicio de vigencia: 2024-02-26

DOCUMENTO CONTROLADO

FOR-GC-012 Formato de retroalimentación de los clientes.

Copia controlada No. : 1

	Nombre	Puesto o función	Firma	Fecha
Elaboró:	Andi Rendón Arroyave	Director Comercial		2024-02-15
Revisó:	Angela P. Patiño Pérez	Director de Calidad		2024-02-26
Aprobó:	Yasmín Eliana Lopera Pérez	Gerente		2024-02-28
Localización del documento:		Plataforma SGC		

Control de Cambios

Estado	Fecha de inicio de vigencia	Revisión	Descripción del cambio realizado	Realizó	Revisó	Aprobó
Obsoleto	2017/08/10	0	Ninguno (versión original).	MEAC	YELP	YELP
Obsoleto	2017/08/23	1	Se agrega la casilla NA en todas las preguntas.	MEAC	YELP	YELP
Obsoleto	2022-02-28	2	Se modifica pregunta #5	AYRA	YELP	YELP
Vigente	2024-02-26	3	Se mejora la redacción de las preguntas	AYRA	APPP	YELP

	Formato de retroalimentación de los clientes AOXLAB S.A.S	Identificación: FOR-GC-012
		Revisión: 3
		Inicio de vigencia: 2024-02-26

Formato de retroalimentación de los clientes FOR-GC-012						
⁽³⁾ Almacenamiento del registro: Carpeta RG		⁽¹⁾ Consecutivo No. :				
		⁽²⁾ Fecha:				
⁽⁴⁾ DATOS DEL CLIENTE						
Nombre del encuestado:						
Empresa u organización:						
Dirección de la empresa:						
Teléfono de la empresa:						
Correo electrónico:						
⁽⁵⁾ CUESTIONARIO						
Seleccione 5 para "Excelente", 4 para "Bueno", 3 para "Regular", 2 para "Malo", 1 para "Muy Malo" y NA para "No Aplica"						
1. ¿El servicio recibido cumplió con los requerimientos técnicos de su solicitud?	5	4	3	2	1	NA
2. ¿El servicio fue entregado dentro del tiempo prometido?	5	4	3	2	1	NA
3. ¿Recibió un trato amable por parte del personal del laboratorio?	5	4	3	2	1	NA
4. ¿Cuál fue su nivel de satisfacción en relación con la atención de su PQRS?	5	4	3	2	1	NA
5. En general, ¿cómo calificaría el servicio recibido?	5	4	3	2	1	NA
6. ¿Recomendaría nuestros servicios?	5	4	3	2	1	NA
¿Qué recomendaciones específicas tendría para mejorar nuestros servicios?						
Comentarios adicionales:						
		⁽⁶⁾ Cliente:		Firma (opcional)		

Ref.: MGC

Instrucciones de llenado:
⁽¹⁾ Indicar número de consecutivo del registro de encuesta, ej. 001/2015.

⁽²⁾ Indicar la fecha de registro.

⁽³⁾ Indicar el lugar físico o ruta electrónica donde se debe almacenar o coleccionar el formato una vez lleno (convertido en registro).

	Formato de retroalimentación de los clientes AOXLAB S.A.S	Identificación: FOR-GC-012
		Revisión: 3
		Inicio de vigencia: 2024-02-26

⁽⁴⁾ Indicar datos del encuestado, algunos campos pueden ser opcionales, a consideración del cliente.

⁽⁵⁾ Seleccionar el número que mejor representa la opinión del encuestado. Obtener el valor promedio de las calificaciones obtenidas en cada pregunta.

⁽⁶⁾ Campo para firma del encuestado.

^(Nota) Recuerde tachar o cancelar los espacios en blanco no utilizados durante el llenado de este formato (en operación) y mantenerlo siempre legible. Si requiere hacer algún cambio a un valor ya escrito (registro), colocar el nuevo valor al lado y rubricarlo con fecha sin hacer ilegible el anterior.