



REGISTRO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN
<b>EXAMEN DE GRADO</b>	
Procesos Académicos	FECHA

**Con la finalidad de mejorar el proceso de examen de grado, te solicitamos atentamente imprimas esta encuesta y nos proporciones tu opinión contestándola.**

**DATOS PERSONALES (Opcional)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nivel: DC  MC

Período: Primavera  Verano  Otoño  Año \_\_\_\_\_

Posgrado (incluir orientación de ser el caso) \_\_\_\_\_

Profesor(a) Orientador(a): \_\_\_\_\_

**Agradecemos calificues los siguientes aspectos relacionados con el proceso de examen de grado en escala de 1 a 10.**

Existencia y ubicación del buzón de quejas y sugerencias	
Infraestructura y facilidades de la oficina que atiende el trámite	
Horario del servicio	
Disposición del personal a ayudar a los usuarios	
Trato otorgado por el personal	
Cualificación del personal para realizar el trámite de examen de grado	
Honestidad del personal de ventanilla	
Claridad de la información proporcionada para examen de grado	
Medios para difundir información relacionada con el trámite	

**Contesta por favor las preguntas siguientes:**

Indique el tiempo en días hasta que obtuvo la autorización de examen de grado	
Indique el tiempo en días desde que inició el trámite hasta el día de su examen de grado	

**Agradecemos tus comentarios y sugerencias para mejorar el trámite de examen de grado:**


Una vez que terminaste de responder la encuesta, por favor deposítala en el buzón de sugerencias ubicado en la Subdirección de Educación o Área de Servicios Académicos del Campus. **Te agradecemos tu participación.**