



Concejo Distrital de Cartagena de Indias

Ni. 806 000 199 - 0

FORMATO DE OPINION DEL USUARIO

Señor Usuario su opinión acerca de los servicios o productos recibidos en el CONCEJO DISTRITAL DE CARTAGENA por usted, es muy importante para nosotros pues nos permite mejorar en un futuro la calidad de la atención

FECHA: _____ HORA: _____



QUEJA

(Insatisfacción porque el servicio no se prestó según lo esperado)



RECLAMO

(Por incumplimiento de un requisito o un derecho)



SUGERENCIA

(Recomendaciones para que el servicio mejore)



FELICITACIONES

(Satisfacción con la atención recibida)

DESCRIBA LA SITUACIÓN U OPINIÓN: (describa los hechos incluyendo las fechas)

Funcionario y servicio implicado:

NOMBRE DEL USUARIO: _____

No. identificación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nota: la identificación, la dirección son importantes para poder dar respuesta a su inquietud, no olvide diligenciarlas