



Nombre de la Dirección:

Fecha de aplicación:

--	--	--	--	--	--

Día

Mes

Año

Nombre del beneficiario:

Programa:

En una escala donde 4 es excelente, 3 bueno, 2 regular y 1 malo, marque con una X la respuesta que considere adecuada a su percepción.

	1	2	3	4
¿Qué opinión tiene sobre la disponibilidad y calidad de la información del programa?				
¿Cómo considera el proceso del trámite de su solicitud para ingresar a los programas sociales?				
¿Cómo considera el número de requisitos que se solicitan para obtener su apoyo?				
¿Cómo califica el apoyo que le proporciona el programa?				
¿Cómo califica el trato del personal al solicitar o recibir su apoyo?				
¿Qué calificación le otorga al programa, con respecto a los beneficios del apoyo?				

Se encuentra satisfecho/a con el apoyo que le brinda la Secretaría de Desarrollo Agropecuario del Estado de Campeche?	SI	NO
---	----	----

¿Qué comentarios, recomendaciones o sugerencias proporcionaría para brindarle un mejor servicio?
