



**Autoridad Marítima de Panamá**  
**Dirección General de Gente de Mar**  
**Área de Gestión de Calidad**  
**Encuesta de Satisfacción del Cliente**  
*"Permítanos conocer cómo servirle cada día mejor"*

Fecha: \_\_\_\_\_

**1. ¿Dónde fue atendido?**

- Panamá  Nueva York, EEUU  Manila, Filipinas  Londres, Inglaterra  
 Consulado, especifique el país: \_\_\_\_\_

**2. Departamento que lo atendió**

- Dirección General de Gente de Mar  Titulación de Gente de Mar  
 Asuntos Laborales Marítimos  Formación Marítima  
 Área de Gestión de Calidad  U. de Control y Cumplimiento

**3. Tipo de Documentación Tramitada:** \_\_\_\_\_

**4. ¿Cómo evaluaría la calidad del servicio?**

- Excelente  Bueno  Regular  Deficiente

**5. ¿En qué rango considera usted, que el servicio fue eficaz, dentro del tiempo establecido?**

- Excelente  Bueno  Regular  Deficiente

**6. ¿Cuál es su nivel de satisfacción en base al desempeño de nuestro personal?**

- Excelente  Bueno  Regular  Deficiente

**7. ¿Cómo calificaría las condiciones de las instalaciones físicas donde se le atendió?**

- Excelente  Bueno  Regular  Deficiente

**8. ¿Alguna sugerencia y/o comentario para mejorar nuestros servicios?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**9. Nombre/Compañía (opcional):** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna duda, comentario, sugerencia, por favor, escríbanos a: [dgonzalez@amp.gob.pa](mailto:dgonzalez@amp.gob.pa); [ezambrano@amp.gob.pa](mailto:ezambrano@amp.gob.pa); o llámenos a: 501-5000 ext. 8220 /5048/5064



**Autoridad Marítima de Panamá**  
**Dirección General de Gente de Mar**  
**Área de Gestión de Calidad**  
**Encuesta de Satisfacción del Cliente**  
*"Permítanos conocer cómo servirle cada día mejor"*

Fecha: \_\_\_\_\_

**2. ¿Dónde fue atendido?**

- Panamá  Nueva York, EEUU  Manila, Filipinas  Londres, Inglaterra  
 Consulado, especifique el país: \_\_\_\_\_

**6. Departamento que lo atendió**

- Dirección General de Gente de Mar  Titulación de Gente de Mar  
 Asuntos Laborales Marítimos  Formación Marítima  
 Área de Gestión de Calidad  U. de Control y Cumplimiento

**7. Tipo de Documentación Tramitada:** \_\_\_\_\_

**8. ¿Cómo evaluaría la calidad del servicio?**

- Excelente  Bueno  Regular  Deficiente

**9. ¿En qué rango considera usted, que el servicio fue eficaz, dentro del tiempo establecido?**

- Excelente  Bueno  Regular  Deficiente

**6. ¿Cuál es su nivel de satisfacción en base al desempeño de nuestro personal?**

- Excelente  Bueno  Regular  Deficiente

**9. ¿Cómo calificaría las condiciones de las instalaciones físicas donde se le atendió?**

- Excelente  Bueno  Regular  Deficiente

**10. ¿Alguna sugerencia y/o comentario para mejorar nuestros servicios?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**9. Nombre/Compañía (opcional):** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna duda, comentario, sugerencia, por favor, escríbanos a: [dgonzalez@amp.gob.pa](mailto:dgonzalez@amp.gob.pa); [ezambrano@amp.gob.pa](mailto:ezambrano@amp.gob.pa); o llámenos a: 501-5000 ext. 8220 /5048/5064