

INFORMACIÓN USUARIO							
NOMBRE		FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO					
NOMBRE EMPRESA/COPERATIVA	I	PROVINCIA					
DIRECCIÓN		_		CIODA			
INTRODUCC	IÓN						
¡Gracias por colaborar en la prueba de nuestra herramienta AgroSn mejorar la aplicación. Por favor, responde con la mayor sinceridad		ons! Tu op	inión es fund	lamental po	ara		
PREGUNTAS	ESCALA DE CONFORM			FORMII	IIDAD		
	1	2	3	4	5		
1. ¿Qué tan fácil te resultó usar la aplicación?							
2. ¿Las instrucciones y opciones fueron claras?							
3. ¿Las recomendaciones que recibiste fueron útiles para tu trabajo o interés agrícola?							
	(SIENDO 5 LA MEJOR PUNTUACIÓN)						
4. ¿Qué funcionalidad te gustó más?							
5. ¿Qué funcionalidad o aspecto mejorarías o agregarías?							
6. ¿Encontraste errores o dificultades técnicas al usar la aplicación?							
7. En general, ¿qué tan satisfecho estás con AgroSmart Decisions?							
8. ¿Volverías a usar AgroSmart Decisions ?Porque ?							
9. ¿Recomendarías esta herramienta a otros agricultores o técnicos?							

