ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☑ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Señalizacion.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Sensibilizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizacion Cursos y Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03 Junio 2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales?. SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad.
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones y Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

10

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejores Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☑
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [Y] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [Y]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejora Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 13

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 3

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Semilzaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 17

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 17

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☒
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 40

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 46

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [X] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones.u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion y Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

20

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☑ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Mecánica.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[X] Primeros auxilios.
[ ] Atención de emergencias en carretera.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Afrocolombiano
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Indígenas
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Tercera Edad
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Menor de Edad
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

22

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [5]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [X]
- Primeros auxilios. [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [ ]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones. y Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIÓNES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☒
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ], NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar los Peatones y las Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [X] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Las Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar los Pedfones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Sensibilizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones y Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejor las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias -

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más Resaltos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más Resultados.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

35

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

37

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [X] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más puntos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Victimas

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [X] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** 5

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2015

40

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mejorar las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI. [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

42

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar el control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones ú obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad.
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar controles viales dentro del municipio

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control Vial y peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Mecánica.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Primeros auxilios.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Afrocolombiano
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[X] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Indígenas
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Tercera Edad
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Menor de Edad
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mejorar las vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Senalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2025

52

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [X] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [X] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos Resultos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más Resaltos

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [X]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mejorar las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [Y] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [Y] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [Y] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [Y] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [Y] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoral las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

60

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 JUNIO 2028

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [X] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [Y]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [Y]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [Y] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mejorar las vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mejorar las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [✓] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [✓] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [✓] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [✓]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [✓] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [✓] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [✓] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan èl riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más Resaltos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2028

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [X] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mejorar las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [✓]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [✓] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [15]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [X]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [X] NO [ ] Número de años [5]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [6]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

traer el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [15]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [X] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control vial y peaton.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 9

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☑ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☑

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [X]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [X]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Controles de velocidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [X] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Poner mas control y que supervisen a los niño que manejan a alta velocidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [✓]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [✓] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [✓] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[X] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control de velocidad.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control de velocidad.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☒ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☒

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en Inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Poner mas control de velocidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

traer el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03-06-2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa– trabajo.- casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones y Pedtones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]
[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]
[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 junio 2025

90

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Peatones y Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Peatones y Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☒ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Generalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Junio 2016

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Peatones y Sensibilizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 junio 2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Sensibilizaciones y de transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejor las Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoras las señalizaciones. las Vias Peatonales y el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 junio 2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física.
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar los Peatones y Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [2]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cúál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

100

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENC. -2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Junio 2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo Indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Peatones y Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoras las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 03/06/2016

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

106

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Sensibilizaciones y Pedagogía

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

110

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor Indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones y las Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

1/2

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las señalizaciones y Vías Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] .NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias Peatonales y Senalizaciones y el trafico.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

114

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [X] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar la via en la carretera.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoran la movilidad en el centro.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalización vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2015

120

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control vial en la Vía Principal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control en la vla y Peaton

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2016

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 junio 2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☒ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[X] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar el control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 Jun 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Mecánica.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[X] Primeros auxilios.
[ ] Atención de emergencias en carretera.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Afrocolombiano
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Indígenas
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Tercera Edad
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Menor de Edad
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar el control vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 junio 2025

128

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor Indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Peaton. tomar mas control

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 junio 2015

127

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 JUN 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Úna o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

traer el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretèra.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Traer el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2024

131

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoran señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?,

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar señalización y transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar señales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Control Vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoraw Peaton Vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la vía Regional

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☒ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la Via y Peaton :

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar señalizacion y tener el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera:
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 Junio - 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizacion control con las motos

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

traer el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 junio 2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [ ]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor Indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoral señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [2]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☒
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]
[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]
[X] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]
[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[X] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

traer el transito para ejes motos

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☑ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☑ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años [2]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☑ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño; fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [x] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [x]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [x] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [x]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[x] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de señalización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 8

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[X] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05 JUNIO 2020

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoral movimiento vial en el centro.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☒ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☒

Estado de las vías ☐ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☒

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☐ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. ☐

☐ Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. ☐

☐ Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. ☒

☐ Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☒ Victima Por Desplazamiento
☒ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☐ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Que quiera esto mas tos

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☑ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☑ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☑

Estado de las vías ☐ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☑

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☑ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. ☐

☐ Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. ☐

☐ Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. ☒

☐ Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☑

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☒ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☐ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

que trabajan el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2026

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [X]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peaton.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

- 158

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [30]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Peaton

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [ ] Masculino: [X] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [X] NO [ ] Número de años [15]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [15]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [X] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [X] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐
Condiciones climatológicas ☐
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐
Propia conducción ☐
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐
Estado de las vías ☒
Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
☐ Control de incendios en vehículos.
☐ Normas básicas tránsito nacional y local.
☐ Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. ☐
Manejo defensivo. ☐
Primeros auxilios. ☒
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☒ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☐ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

160

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** 0

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☒ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐

Estado de las vías ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
☐ Control de incendios en vehículos.
☐ Normas básicas tránsito nacional y local.
☐ Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. ☐
Manejo defensivo. ☐
Primeros auxilios. ☒
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☐ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☒ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☒ Transporte Público ☐

Otro Cuál? ____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐

Estado de las vías ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. ☐

☐ Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. ☐

☐ Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. ☒

☐ Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☐ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☒ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06/2016

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 13

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 13

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 0

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☒

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☒

Estado de las vías ☐ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐

Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo. ☐ Mecánica.

☐ Control de incendios en vehículos. ☐ Manejo defensivo.

☐ Normas básicas tránsito nacional y local. ☒ Primeros auxilios.

☐ Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☒ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☐ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☒ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** 1

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál?

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [2]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo?. SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

167

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[X] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización y de las Vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [7]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [0]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Sensibilizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años ☒

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☒
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 3

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazámiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06/2025

172

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

177

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** -

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones y Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 40

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción).

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Sensibilizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05 – 06 – 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 13

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 13

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Mecánica.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[X] Primeros auxilios.
[ ] Atención de emergencias en carretera.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Afrocolombiano
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Indígenas
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Tercera Edad
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Menor de Edad
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones y Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05 -06 -2025

177

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☒ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones y Vías Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

178

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años: 1

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

X

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Sensibilización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ~

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ~

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[X] Mecánica. [ ]
[ ] Control de incendios en vehículos.
Manejo defensivo. [ ]
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
Primeros auxilios. [X]
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Afrocolombiano
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Indígenas
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Tercera Edad
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Menor de Edad
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Que traigan el transito para que los menores de edad esten manejando

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

182

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 8

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐

Estado de las vías ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐

Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. ☐

☐ Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. ☐

☐ Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. ☐

☐ Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☒ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☐ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalizacion.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

que traigan el transito para que no esten los menores de edad manejando motos

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

183

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [X] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [7]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

184

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señalé con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? ____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

que traigan el transito en bien de la juventud Loca en mato

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [X] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [4]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [X] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones y Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

187

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Mecánica.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[X] Primeros auxilios.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Afrocolombiano
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Indígenas
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Tercera Edad
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Menor de Edad
[ ] Mujer cabeza de Familia
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? ____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Sensibilización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05 - 06 - 2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [8]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [X] NO [ ] Número de años [3]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [3]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [X] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ] X
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ] X
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [ ]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

192

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [5]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [1]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida. [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones y Vias Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [X] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar las Vias Peatonales y las Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [X]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [5]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐ X
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de seguridad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

200

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalización y vías peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

que traigan el transito para que halla mas control con los menores de edad.

Fecha de Diligenciamiento: 05/06/2025

201

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [X]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [✓] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Fortalecer el Pueblo

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

202

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico. [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[X] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Ninguna sugerencias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05 - 06 - 2025

208

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [X]
- Primeros auxilios. [ ]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Socializaciones en el Pueblo.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [X]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [X]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Poner el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

***Tipo de* Conducción:**
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 7

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[X] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Traer el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2024

206

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [X]
Estado de las vías [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [X]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

207

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años 1.2

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las calles

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2018

208

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Condúcción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Propia conducción [X]
- Estado de las vías [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ] .
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [X] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoras las vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [X]
Estado de las vías [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

210

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [X]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [7]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En casó positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [X]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la Movilidad.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 05-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☒ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Poner señales de Transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐
Condiciones climatológicas ☒
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☒
Propia conducción ☐
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☑
Estado de las vías ☐
Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☒ NO ☐

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
☐ Control de incendios en vehículos.
☐ Normas básicas tránsito nacional y local.
☐ Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. ☒
Manejo defensivo. ☐
Primeros auxilios. ☐
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☒ NO ☐

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☒ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☐ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

213

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Propia conducción [X]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [X]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Cambio de señales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [X]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [X]
- Primeros auxilios. [ ]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

felicitaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

215

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [X]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, compórtamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Condúcción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☒

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☒

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☒

Estado de las vías ☐ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☒ NO ☐

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
☐ Control de incendios en vehículos.
☐ Normas básicas tránsito nacional y local.
☐ Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. ☒
Manejo defensivo. ☒
Primeros auxilios. ☐
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☒ NO ☐

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☐ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☒ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las tapas de los alcantarillados.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2015

217

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Propia conducción [X]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [X]
- Primeros auxilios. [ ]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☑

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [X] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☒
Propia conducción ☐
Estado de las vías ☐
Condiciones climatológicas ☐
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☒
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐
Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☒ NO ☐

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☐ La entidad ☒

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
☐ Control de incendios en vehículos.
☐ Normas básicas tránsito nacional y local.
☐ Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. ☒
Manejo defensivo. ☐
Primeros auxilios. ☒
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☒ NO ☐

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☐ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☒ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoras las señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

220

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [✓] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

221

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Propia conducción [X]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2024

222

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 3

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [X]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 27/06/2023

223

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [X]
Estado de las vías [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2018

224

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐

Propia conducción ☒ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐

Estado de las vías ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☐ Alguna vez a la semana ☐

Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.

☐ Control de incendios en vehículos.

☐ Normas básicas tránsito nacional y local.

☐ Atención de emergencias en carretera.

Mecánica. ☒

Manejo defensivo. ☐

Primeros auxilios. ☐

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☐ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia

☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☒ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

225

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☒ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☒

Propia conducción ☒ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☒

Estado de las vías ☐ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☒ NO ☐

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐

Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.

☐ Control de incendios en vehículos.

☐ Normas básicas tránsito nacional y local.

☐ Atención de emergencias en carretera.

Mecánica. ☒

Manejo defensivo. ☐

Primeros auxilios. ☐

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☒ NO ☐

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☒ Afrocolombiano
☐ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia

☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☐ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2015

226

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09/06/2025

227

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐

Propia conducción ☒ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐

Estado de las vías ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☒ NO ☐

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☑ Alguna vez a la semana ☐

Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☐ La entidad ☒

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. ☒

☐ Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. ☐

☐ Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. ☐

☐ Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☒ NO ☐

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☒ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☐ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

228

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la tapas de los alcantarillados.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

230

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [X]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Traer mas Capacitaciones Como estas

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

231

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [ ]
Estado de las vías [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Traer el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

232

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

traer el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, compórtamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Propia conducción [X]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Estados de las Vias Peatonales y señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ~~

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

estados de Señalizacion y Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2024

236

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [X]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción.

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [11]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?.

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

estados de las vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2015

237

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 01/06/2015

238

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

239

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☒ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

2310

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [10]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones y estados de las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones y Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

X

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [7]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 42

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 42

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☑ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Reactores.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2018

245

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☒
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

246.

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de señalizacion.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2015

247

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☒ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [X]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025.

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de sú trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones y Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada-Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7 JUNIO 2025

250

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [X]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Propia conducción [X]
- Estado de las vías [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7 Junio 2025

252

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [X] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [X]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [ ]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de las señalizaciones"

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7 JUNIO 2025

253

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [3]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [X]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [7]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [4]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [X] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [2]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones y Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [4]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 04/06/2025

257

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [3]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [X] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [2]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones y Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 11

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 11

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2015

260

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2015

261

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	[ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	[ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	[ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	[ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	[ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	[ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público.	[ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [11]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Peatones y Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

262

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☒
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☒
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☒ Número de años 2

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☒ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** 2

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

263

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [3]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones y Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☒

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☒

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☐ Número de años 6

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[X] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [X]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Que no quede solo en encuestas

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 8

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☒ NO ☐

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☒ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 1

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo Indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[X] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[X] Control de incendios en vehículos.
[X] Normas básicas tránsito nacional y local.
[X] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [X]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Actualizacion de las normas de transito .

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Que realicen este tipo de encuentas mas seguido y hagan lo Pertinente

Fecha de Diligenciamiento: 07-06-2025

266

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [15]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

267

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 7

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de señalizaciones y Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [ ] Entre una y dos horas [X] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]

Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [X] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [X] Control de incendios en vehículos.
- [X] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [X] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [X]
- Manejo defensivo. [X]
- Primeros auxilios. [X]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Dictar mas cursos de movilidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☒

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐

Estado de las vías ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☒

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☒ NO ☐

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐

Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- ☒ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- ☒ Control de incendios en vehículos.
- ☒ Normas básicas tránsito nacional y local.
- ☒ Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. ☒
- Manejo defensivo. ☒
- Primeros auxilios. ☒
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☒ NO ☐

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- ☐ Adolescente Trabajador
- ☐ Joven Vulnerable
- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Victima Por Desplazamiento
- ☐ Victima por otro hecho Victimizante
- ☐ Indígenas
- ☐ Tercera Edad
- ☐ Jóvenes Vulnerables
- ☐ Mujer cabeza de Familia
- ☐ Programa de Resocialización
- ☐ Persona con Discapacidad física
- ☐ Persona con Discapacidad Intelectual
- ☐ Persona con Discapacidad Visual
- ☐ Persona con Discapacidad Auditiva
- ☐ Persona en Reinserción Social
- ☐ Estudiante de validación de Año
- ☐ Menor de Edad
- ☒ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Sensibilización del Peatón

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

270

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]

Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Celebrar se nalvzeeeres.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2023

271

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Jefatura Los Esferros.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

272

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☒
- Conductor de Empresa Privada: ☒

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☒

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 12

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 12

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 1

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☒ NO ☐

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☒ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 1

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 1

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[X] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[X] Control de incendios en vehículos.
[X] Normas básicas tránsito nacional y local.
[X] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [X]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Realizar mas capacitación de VIAS.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo- casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]

Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Sensibilizaciones en los esquemas.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2017

274

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☐ LGTBI: ☒

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [X] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Pones mes Pares tenes ofertas

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Realizar capacitaciones de movilidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 01/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☒
- Conductor de Empresa Privada: ☒

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☒
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 12

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 3

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☒ NO ☐

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☒ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 3

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 3

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[X] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[X] Control de incendios en vehículos.
[X] Normas básicas tránsito nacional y local.
[X] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [X]
Manejo defensivo. [X]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Demostrar los Esquemas y sensibilizar al Pueblo.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

277

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [X]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizaciones en todos los Eventos

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2024

278

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [X] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Actualizacion de nomenclatura

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☒
- Conductor de Empresa Privada: ☒

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☒
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☒
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☒

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [X] Atención de emergencias en carretera.
- [X] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [X] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Perfeccionar los conocimientos

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2015

280

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]

Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [X] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Dictar cursos de seguridad vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Dictar mejor las charlas.

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [X] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]

Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [X] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [X] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

organizar el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Mejorar mejor el Publico

Fecha de Diligenciamiento: 04/06/2021

282

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.
- Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [X] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizar el Rebio.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Dar Hidratación Mejor.

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☒ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [X] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Señalizar el municipio

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

excelente manejo de Profesores

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

284

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☐ LGTBI: ☒

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [x] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [x]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [x] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [x]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [x] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [x] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física.
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Sensibilizar el Riesgo

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

buscar otro horario para los Charlas

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2025

285

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☒
- Conductor de Empresa Privada: ☒

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☒
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☒
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☒
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☒

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 12

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☒ Moto ☒ Motocarro ☒ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[X] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[X] Control de incendios en vehículos.
[X] Normas básicas tránsito nacional y local.
[X] Atención de emergencias en carretera.
[X] Mecánica.
[X] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[X] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Realizar cambios en el sistema

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Excelente charla

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2024