ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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. [ ]
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 [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Resalto y Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 [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 [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

Pintar las Cebras

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 [ ]
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

Pintar las Sebras Cobcar mas resulto

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 [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 [ ] 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

traer el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 22

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 22

¿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

Resalto Señalizaciones
Pintar las Sebras.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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) [ ]
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

Resolto Pintor Sebas y Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 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.
[ ] 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: 06-06-2025

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 8

¿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.
[ ] 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

Sensibilizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 [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. [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.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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.
- [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 las vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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) [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

Pintar las cebras

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 [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 [ ] 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
[ ] 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: 06-06-2025

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 [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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 [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: 06-06-2025

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) [ ]
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 Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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) [ ]
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 [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 Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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) [ ]
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 [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: 06-06-2025

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 16

¿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) [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 [ ] 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: 06-06-2025

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) [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 [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 Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 [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 [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 [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. [ ]
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 [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Tener el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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 [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. [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

Mejorar las vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 06-06-2025

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: ☐ 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.
[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: 09 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

Mejorar los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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

mejorar la señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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 [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

Antar las Cebras de los Colegios

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [ ] 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 [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 los Peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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

Pintas Seta Sobres y Colocar resalto

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [ ]
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

Aplicar mis Conocimientos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [ ] 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. [X]
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: 09 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 [ ] 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 [✓] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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

Pintar Conos Cebras y Colocar mas Resalto.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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
[ ] 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

Resalto.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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
[ ] 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: 09 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]
- 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 [ ] 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 [ ] 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: 09 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 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 Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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. [ ]
- 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 [ ]
- 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

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [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.
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 [ ] 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: 09 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 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 [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 [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 [✓]

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

Pintar las Cebras

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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
[ ] 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

Colocar Señalizaciones
Pintar los Sobros
y Colocar mas resalto

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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.
- [ ] 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: 09 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 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

Mejorar Las Peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 9 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 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 [ ]

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: 09 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 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. 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 Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 10

¿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 [ ]
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 señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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.
[ ] 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: 09 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 10

¿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 [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 [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: 09 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 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿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 con UCM

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [ ]
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 y Pintar las Cebras.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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

Poner mas Resalto y Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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.
[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: 09 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 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 [ ]
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

Pintar las Sebras y
Poner mas resultados

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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. [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 señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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) [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 [ ] 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

Mejoramiento de las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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) [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 [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

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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** ☐

¿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 Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 qué 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 las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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 [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: 04 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 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.
[ ] 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: 09 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 14

¿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) [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 [ ] 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
- [ ] 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: 09 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 [ ]
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 [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
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 Cebras

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 Junio 2025

12

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 [ ]
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

Que crezca la tolerancia en las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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 [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

aprender sobre las normas de tránsito y sus sanciones y evitar las imprudencias en las vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 15

¿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 [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 [ ]
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 LA CULTURA, FORTALECER LOS VALORES.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [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 [X] Automovil [ ] 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 [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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 [ ] La entidad [ ]

Por 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 trafico

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [X] NO [ ] Número de años [10]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [20]

¿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 [ ] 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) [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 [ ]

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 [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 [X]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- 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

Estás capacitaciones ayudan a mejorar y fortalecer los conocimientos en los SST.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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 [ ]
- 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.
- [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

Aprender a tener más tolerancia y respeto por los demás

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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) [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 [ ] 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

Estar las aceptes.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [ ]

Otro Cuál? _____

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

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

¿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 [ ]
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 [ ]

Por 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

aprender a cuidar más la vida, disminuir la velocidad en la vía.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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) [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 [ ]

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.
- [X] 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

Tener respeto hacia los demás en la vía

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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 Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [ ]
- 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

Mejorar Señalizaciones y Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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.
[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

Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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
[ ] 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.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [ ]

¿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

mejoras los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [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 [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 las señalitaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [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 [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) [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 [ ] 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 [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. [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: 09 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 [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) [ ]
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 [X]
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 cas tapas de los alcantarillados

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [ ] 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 [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 [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 [ ]
- 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

Mejorar los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 Junio 2025

13

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿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

Que en el municipio tomemos conciencia.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [ ] **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 ☐
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

Que becerril disminuya los accidentes.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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) [ ]
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 [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

Desarrollar actividades que ayuden a tomar con-
ciencia.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [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 [ ]
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 [ ] 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. [ ]
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

Poder tener un mejor control en la vía Principal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 41 y 50 años ☒
- Entre 31 y 40 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) [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 [ ] La entidad [ ]

Por 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

ayudar a mejorar el trafico vehicular con señalizacion.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [ ] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos 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

Disminuir los accidentes en el municipio.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [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 [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 [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 [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
[ ] 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

campaña sobre cultura, no consumo de alcohol y conducir

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [ ]
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 [ ] 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

Evitar los accidentes en la población y sobre todo en los jóvenes

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [ ] 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 [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 [ ]
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. [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

Fortalecer las enseñanzas sobre normas de tránsito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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. [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

aprender sobre las señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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]
- 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
- [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

Que sigan estas campañas y ayudar a la comunidad a mejorar

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [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 [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) [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.
[ ] Nórmas 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 cultura vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 27

¿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) [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 [+] La entidad [ ]

Por 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 [ ] 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

Que tengamos cultura vial, respeto y tolerancia.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [ ]

Otro Cuál? _____

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

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

¿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 [ ] 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 [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

Aprender a mejorar la tolerancia y el respeto con la vialidad.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [ ]

Otro Cuál? _____

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

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

¿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 [ ] 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

Que se ayude a Prevenir los accidentes por la impru-dencia.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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]
- 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 [ ] 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.
- [X] 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

Disminuir el numero de accidentes

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿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 la infraestructura vial, con socialización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [ ]
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. [ ]
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

El respeto y la tolerancia.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [3]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] 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 [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 [ ] 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.
- [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

Que se disminuyan los accidentes por culpa de personas bajo los efectos de alcohol.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 31

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 31

¿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** 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 [ ] 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 [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 [ ] 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. [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

Es los saberes se le brinde capacitaciones y ellos Puedan tomar conciencia

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [ ]

Otro Cuál? _____

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

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

¿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 [ ]
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. [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 se aprenda a respetar las señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 4

¿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) [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 [ ]

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. [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

Considero que este programa es bueno para todos, sobre todo ayudar a mejorar.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [ ]
- 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.
- [X] 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

Que ayude a promover el respeto mutuo.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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) [ ]
- 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. [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 [ ]
- 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

Que se respeten las normas de tránsito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 ☐ Entre una y dos horas ☐ Más de dos horas ☒

¿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 la vías y del tránsito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 10

¿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 [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 [ ]
- 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 [ ]
- 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

que se capacita a los del transporte Público.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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.
[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

Que se reduzcan los accidentes de transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [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 ☐
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

Los conductores que aprenden a manejar a velocidades mínimas.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿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

Que disminuyan las altas velocidades los conductores en las principales vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿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

que todos aprendamos la importancia de usar el uso del cinturón de seguridad.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 30

¿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 [ ]
- 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. [ ]
- 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

Se reduzcan los casos de conducir bajo los efectos del alcohol.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [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) [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 [ ]

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

que aprendamos de cultura y no se use el movil en el momento de conducir.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 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 [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 [ ]
- 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. [ ]
- 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 [ ]
- 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

Que se capacite a los conductores Profesionales del area.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 1

¿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) [ ]
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
[ ] 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

llegar a las instituciones educativas y dar educación y concientización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [ ]

Otro Cuál? _____

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

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

¿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 [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos 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.
- [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

Enseñar sobre las señales de tránsito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [ ]
- 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. [ ]
- 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 [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

que se implementen reductores de velocidad en las vias de mayor flujo vehicular

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 Junio 2029

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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: [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 [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 [ ]
- 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.
- [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 visibilidad de los puntos críticos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 [X] NO [ ]

Tipo de Licencia de Conducción

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

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [20]

¿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 [ ]
- 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 [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Reparación de daños de pavimentos que representen riesgo.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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 30

¿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** ☐

¿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 [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la fluidez del tráfico.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 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: [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 [ ]
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 [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos 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

Que se haga participación de organizaciones locales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 09 Junio 2025

15

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 [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.
- [X] Mecánica.
- [ ] 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

el Programa se sostenga a largo plazo

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [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 [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.
- [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

Monitoreo constante y seguimiento a través de la Policía de tránsito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 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** 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 [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. [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

que exista un mejoramiento en cuanto cultura vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [ ]
- 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
- [ ] 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 existan mesas de educación y concientización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [X] Motocarro [X] 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 [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 [ ] 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. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- **Otro Cuál?:** Ninguno

¿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 [X]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Menor de Edad [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la infraestructura de las vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [X] 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 [ ]
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?: Ninguno

¿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
[X] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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

Sistema De Monitoreo.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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: [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 [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) [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 [ ]

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

Crear campañas para mejorar la cultura vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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: [X]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [X] 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. [X]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [X]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X] NO [ ] Número de años 50

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años 50

¿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 [X] 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 [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 [ ]
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 [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 [ ] 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 [X]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Enseñar a los adultos sobre las normas y así evitar futuros infractores.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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: [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 [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 [X] 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 [ ]

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. 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

Reducir los indices de accebtabilidad!

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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: [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 [X]
- 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 [ ]

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.
- [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

Educacion vial para los conductores.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [ ]
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

Que todos aprendamos sobre la cultura

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [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 la movilidad en las vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [ ] **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

Enterar sobre las normas de tránsito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [ ]

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

aprender a respetar las señales de transito,

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [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
[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
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mi expectativa es que mejore la movilidad y aprendamos a respetar las señales de tránsito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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) [ ]
- 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
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

que nos enseñen las normas y conductas correctas al momento de conducir.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [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 [ ]
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 [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

que ayuden a gestionar un Plan para el mejoramiento de las vías que son un Problema:

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [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 [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 [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 [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
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Becerril necesita mejorar el trafico vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 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 [ ]
- 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. [ ]
- 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 [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

que todos los mejoremos las conductas en las vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025

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 [ ]
- 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 [ ] 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
- [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
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

aprender a ser tolerante

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10/06/2025