46

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

Indique que participación tiene usted en la 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿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

Mejorar las carreteras.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20-06-2025

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: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

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

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

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Con este programa se disminuye el numero de personas fallecidas.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20-06-2025

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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

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

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

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 7

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [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
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] 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

Una educación a la ciudadanía para la conciencia de la responsabilidad vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

La Seguridad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vias [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
- [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

Excelente expectativa

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20-06-2025

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

- Conocimientos en inspección básica de un vehiculo. [ ]
- Control de incendios en vehiculos. [ ]
- 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 vehiculos? 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 [ ]
- Indigenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad fisica [ ]
- 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

Expectativas Positivas y logra mayor conciencia de la Comunidad frente a la seguridad Vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20-06-2025

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 1

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 1

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

[ ] 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)

[X] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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

Me Parece Bien. que capaciten a la comunidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20-06-2025

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 [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 [28]

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

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

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

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [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 [ ]
- 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 [X] La entidad [ ]

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

- Conocimientos en 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

Que mejoren las señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

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

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [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 se mejoren las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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

Excelente expectativa.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20 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: Vehiculos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [X]

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

[ ] Conocimientos en 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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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

Conocer como ciudadana, peaton, las normas de transito, q^a ser transmisora de los conocimientos adquiridos al grupo poblacional de niños, niñas y adolescente.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 Junio 2025

17-06-25

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción 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 [4]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [4]

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿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 vehiculo (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 vehiculo.
☐ Control de incendios en vehiculos.
☐ 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 vehiculos? 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 fisica
☐ 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

Excelente expectativa

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 6 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 [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos 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 [X]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 07/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

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

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] 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 Pares

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción 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 [37]

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26/06/2025

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 ☐ Entre una y dos horas ☑ Más de dos horas ☐

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

Intensidad del tráfico ☐
Condiciones climatológicas ☐
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) ☐
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐
Propia conducción ☐
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐
Estado de las vias ☑
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 vehiculo.
☐ Control de incendios en vehiculos.
☐ 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 Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 2 JULIO 2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [ ]

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [2]

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

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

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

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

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

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

A pie [ ] 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 [/] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

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

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehiculo (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 [/]

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

Mejoramiento de Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 jul 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

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

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

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

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Julio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 vehiculo.
[ ] Control de incendios en vehiculos.
[ ] 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 Vias Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

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

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26/06/2025

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 via.

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de las Vias Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

[ ] Conocimientos en 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 Vias Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vías [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
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] 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 Vías Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar el tema de Semaforización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-05-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [ ] NO [X] Número de años [ ]

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
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 el tema de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-06-2025

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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

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

Indique que participación tiene usted en la 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
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 2606-2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

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

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más pedidos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-06-2025

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

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

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehiculo (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 [X] La entidad [ ]

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

[ ] Conocimientos en 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

Necesitamos mas peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

Indique que participación tiene usted en la via 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 [10]

¿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 [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

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

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

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

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
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
[X] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Socialización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-06-2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-06-2025

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

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

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

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

Mejoramiento de las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-06-2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

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

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

- Intensidad del tráfico [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Propia conducción [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [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 [X]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Traer el transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 26-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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
☐ Indigenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ 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 aglomeramiento Publico

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30-06-2025

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: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

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

Indique que participación tiene usted en la 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 [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 [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 [X]

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

Informar a la gente de la seguridad.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30-06-2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

Indique que participación tiene usted en la 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 [ ] 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
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 alcantarillados

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30-06-2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 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 [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 [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. [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 vias y la iluminación

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

- Intensidad del tráfico [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 [X]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30-06-2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☑ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

Indique que participación tiene usted en la 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. [ ]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la 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

estado de las Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30-06-2025

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 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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

Vías Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30-06-2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

Indique que participación tiene usted en la 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 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 [/]
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. [ ]
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 [ ]
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 [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

estados de los Pasos y Usos Puntos

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30-06-2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

Indique que participación tiene usted en la 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 [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

[ ] Conocimientos en 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

estudios de las vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2025

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 33

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

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

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

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

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☒

Estado de las vías ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

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

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

Usted mismo ☒ La entidad ☐

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

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
☐ 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

estudios de las Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☒ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [x] La entidad [ ]

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

[ ] Conocimientos en 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

estados de las Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

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

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

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

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐

Estado de las vías ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

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

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

Usted mismo ☒ La entidad ☐

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

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

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

estados de las Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2025

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 via.

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 á 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

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

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

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [2]

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

- Intensidad del tráfico [ ]
- 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.
- [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

estados de las Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2025

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

Indique que participación tiene usted en la 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

Unas Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

Indique que participación tiene usted en la 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

mejorar la movilidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2025

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 via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☒ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

Indique que participación tiene usted en la 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. [ ]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar las vias peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

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

Indique que participación tiene usted en la via 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 [32]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [X] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [1]

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [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 [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción 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 [ ] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [1 2]

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

Mejorar las Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: _____

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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. [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

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

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [4]

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
- [ ] Control de incendios en vehiculos.
- [ ] 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

estado de las Vias Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [X] La entidad [ ]

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

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

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

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Pares

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 30/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

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

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

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

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

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [X]

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [7]

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

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

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

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

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

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

A pie [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 [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) [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

Mejoramiento de las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

- que dejen de pasar con tanta velocidad

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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

Indique que participación tiene usted en la 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 [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.
- [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

Mejoramiento de las tapas de las alcantarillas.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

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

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

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

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

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

Mejoramiento de las señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

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

N° CONVENIO: 010 DE 2025

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

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

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

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

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

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

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

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

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☐

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

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 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) [x]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [x]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

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

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

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

Usted mismo [x] La entidad [ ]

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

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

Mejoramiento de señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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: Vehiculos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X]
- Estado del vehiculo (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 vehiculo.
- [ ] 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 vehiculos? SI [ ] NO [X]

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

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

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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 30

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro Cuál? _____

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

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

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

- Intensidad del tráfico [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [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

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Ninguna

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Público: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [x]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [x]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [x] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [x]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[x] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Vias Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☑ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☑

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [ ]
- Estado de las vías [x]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [x]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [x] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [x] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [x] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [x]
- Propia conducción [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [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 [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 vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☑ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☑
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [x]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [x] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [x] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- 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 [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☑ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☑

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☑ Conductor ☐ Pasajero ☑

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☑ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☑ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☑

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☑ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☑

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [x]
- Propia conducción [x]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [x] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [x] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [x] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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 [ ]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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) [x]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [x] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [x] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[x] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[x] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [x] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [x]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [x]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [15]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [x] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [1]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [x]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [x] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [x] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [x] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [x] Motocarro [ ] Transporte Público [x]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [x]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [x] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [x] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
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

Mejoras de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico ☐
- 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

mejurar el alumbrado

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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 26

¿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. 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

Traer el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2019

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [ ] 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 [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[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

mejorar las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [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 [ ]
Víctima 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: 18/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via 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 [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.
[ ] 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

Mejorar el tema de Sensibilización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
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 el tema de Senalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2025

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 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 [X]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vias [ ]
- 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

Mejorar el alumbrado

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehiculos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☒
C3: Vehiculos articulados de servicio público.	☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 ☐
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
☐ Indigenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ 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 y Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

• Señales de Transito

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [X]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [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. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción 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 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 [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

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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) [ ]
- 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 [ ] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [x]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [x]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

· Poniendo AGente de Transito

Fecha de Diligenciamiento: 7/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [ ]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [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 [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Quitandole los Vehiculos a las Personas Irresponsables y Conducan Con bebidas alcoholicas

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☑ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☑ NO ☐ Número de años 10

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 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
☐ Indigenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ 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

Se necesita urgente una vaniante y mas control con las motos.

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☒
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 23

¿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 vias ☒ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐

Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo. Mecánica. ☐

☐ Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. ☐

☐ Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. ☒

☐ Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI ☐ NO ☒

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

☐ Adolescente Trabajador
☐ Joven Vulnerable
☐ Afrocolombiano
☐ Victima Por Desplazamiento
☐ Victima por otro hecho Victimizante
☐ Indígenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia
☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad física
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☒ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

- Implementación de capacitaciones para conductores.
- Despeque del espacio público.
- Actualizar y implementar los señales de tránsito

Fecha de Diligenciamiento: 7/06/2025

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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☒
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☑ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

concientizar a los padres y de no poder a los menores a conducir sin un curso

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [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

Mejoramiento de Señalización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 1

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 1

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Las Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 Pares

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☑ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☑ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☑ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☑

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☑ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☐ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico ☐
- Condiciones climatológicas ☐
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☐
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☐
- Propia conducción ☐
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐
- Estado de las vías ☑
- Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☑

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☐ Alguna vez a la semana ☐
Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☑ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- ☐ Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
- ☐ 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 Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7/06/2025

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: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

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
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☒

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [X] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] 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: 17/06/2025

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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vias [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [X]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en 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

organizar pare y señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [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. [ ]
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

Mejoramiento de las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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 via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via 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** 2

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☒ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [x]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [x]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [x]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [x]
Estado de las vías [x]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [x] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [x] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

movilidad segura muy interesante por información y responsabilidad de los Peatones

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 16

¿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 [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 [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la movilidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vias [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[X] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar el tema de los peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vias [ ]
- 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 vehiculo. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Control de incendios en vehiculos. [ ]
- 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 fisica [ ]
- 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

Mejoras las Semilizaciones, Peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [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 [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

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 [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 [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [5]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Herramientos de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [X]
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

Mejorar Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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. [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [ ]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de vias Perfonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[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

Fortalecimiento de Sensibilizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [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 [15]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [ ]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [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

mejoramiento de vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☒ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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

mejoramiento de señalizacion /

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- 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 [ ]
- No Aplico [x]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☒
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 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** 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐ Condiciones climatológicas ☐

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) ☒ Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) ☒

Propia conducción ☐ Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) ☐

Estado de las vías ☐ Falta de información y/o formación en seguridad vial ☐

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI ☐ NO ☒

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario ☒ Alguna vez a la semana ☐

Una o dos veces al mes ☐ Más de dos veces al mes ☐

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo ☒ La entidad ☐

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

☐ Conocimientos en inspección básica de un vehículo.

☐ 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

mejora de señalización y vías peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Señalizacion y Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [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: Vehiculos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehiculos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 2.7

¿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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de-18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 1

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización y Vías Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 junio 2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [3]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [ ]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo 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 vehiculo.
[ ] Control de incendios en vehiculos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 [ ] Entre una y dos horas [x] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [x]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [x]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en 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 Vias Peatonal.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 4

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Traer Señalizaciones en todos Los Barrios.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 junio 2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 1

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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: 16 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [2]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [X] NO [ ]

¿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
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 junio 2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☒
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [ ]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Vías Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 6

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [X]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☑ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☑ NO ☐ Número de años 6

¿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. [ ]
- 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

Mejoramiento de Señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 JULIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años ☒

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Vía Peatonal y Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofisico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SICLIRIA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [X]
Condiciones climatológicas [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [X]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en 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 via

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 junio 2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☒
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 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 [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) [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
[ ] Control de incendios en vehiculos.
[ ] 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 vehiculos? SI [ ] NO [ ]

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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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

Me parece un programa accedente, todavez que es un proyecto que busca mejorar la seguridad y movilidad en nuestro municipio.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [x] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [x] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [x] NO [ ] Número de años [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 [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion y Vias Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofisico (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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad fisica
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalización y Vias Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Vias Peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofisico (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.
[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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 Vias peatonal y señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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** 2

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONVENCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la via.

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [2]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofisico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Señalizacion.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 [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

Necesitamos más peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 [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 [ ] 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

Mejorar las señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 Junio 2025

37

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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) [X]
Estado psicofisico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vias [ ]
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 [X]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [X] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [ ]
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 [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoras las peatongles

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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. [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 vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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

Mejoramiento de la Vía Peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 JUN 2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 12

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [ ]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de Vias peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 7

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vias [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 vehiculo.
[ ] 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 Vias Peatonales

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via 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 [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [x]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [x]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [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?: 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 [x]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [ ]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indigenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- 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

Se busca generar conciencia y transformacion de actitudes frente a la movilidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 4-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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via 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 [ ]
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.
[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

expectativa mas Control de Velocidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☑ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☑
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☑
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☑
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☑ Conductor ☑ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☑ NO ☐ Número de años 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 ☐ Entre una y dos horas ☑ Más de dos horas ☐

¿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

Mejorar mis conocimientos Respecto a seguridad vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] 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
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad fisica
- [ ] 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 mejoren los peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☒ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☑
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☒ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [x]
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [x]
Estado de las vias [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [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.
[x] 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 [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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad fisica
[ ] 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

Obtener información y conocimiento sobre seguridad vial y mejorar la transitacion en el municipio

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 16-07-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c.	☒
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular.	☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.	☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular.	☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público.	☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público.	☐
C3: Vehículos articulados de servicio público.	☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 06

¿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 [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [X] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Excelente expectativa

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 ☐ Automóvil ☐ 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

Excelente expectativa

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10 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 via 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

Excelente expectativa

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 [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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. [X]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [X] NO [ ] Número de años [30]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [30]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [X] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Bajo la formacion que adquira la poblacion se disminuira los accidentes.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 16

¿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) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [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.
[X] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [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 es importante que realicen actividades de capacitacion Vial que son muy necesarias de este tipo para el control y educacion Vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18 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 [X]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vias [ ]
- 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.
- [X] 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
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad fisica
- [ ] 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

Si exigen el Pase ya los menores de edad! no podian movilizarce

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 18 Jun 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [X] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [1]

¿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 [X] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [1]

¿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 [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 [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
- Propia conducción [ ]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [X] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [X] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [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 SE LOGREN DISMINUIR Y PREVENIR ACCIDENTES.
- QUE SE LOGRE CONTROLAR LA VELOCIDAD Y SE REGULE EL ESTADO DE LOS VEHICULOS
- MEJORAR SEÑALIZACION • INCLUIRAR TUENTS EN EDUCACION VIAL

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 19 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [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. [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)

[X] Adolescente Trabajador
[X] Joven Vulnerable
[X] 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 Sea un Programa Incluyente en la Población de Nuestro municipio

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 19 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 [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. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [X]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [X] NO [ ] Número de años [5]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] 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 [ ]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [ ] **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]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
- [ ] Control de incendios en vehiculos.
- [X] 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

Se ESPERA que las autoridades locales mejoren su comando para gestionar la seguridad vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 4- 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico ☐
Condiciones climatológicas ☐
Estado del vehiculo (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 los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 6 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 vehiculo (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?: Comportamiento de terceros Conductores

¿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 vehiculo. [ ]
- Control de incendios en vehiculos. [ ]
- 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 [X]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Que la gente se concientice con prudencia

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 5 Junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 30

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora ☐ Entre una y dos horas ☐ Más de dos horas ☒

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 mejoren las señalizaciones y los Pares.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 3 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [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 vias [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.
- [X] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [X] 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 arreglen las vias y tomen control en las motos que Pa-San rapido.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 15-julio-2

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [ ]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [ ] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [X]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Dejar de parquear en lugares de peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 24 Junio 2025

15-07-25

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
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

Las Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 20 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 via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 38

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 38

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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. [ ]
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

La Señalización. y Resultos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 33

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 33

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ 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 halla señalizaciones, mejora de las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 Junio de 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 52

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☒ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos**

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [X]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una 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
- [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

mejoras de Peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofisico (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. Mecánica. [ ]

[ ] Control de incendios en vehículos. Manejo defensivo. [ ]

[ ] Normas básicas tránsito nacional y local. Primeros auxilios. [X]

[ ] Atención de emergencias en carretera. **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Que mejoren los Señalizaciones y los Peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☑ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☑

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☑ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [X] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar con Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 [ ] 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 [ ] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [X]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el 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 psicofisico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [X]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en 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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad fisica
[ ] 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 sistema de Seguridad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 17 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 [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [X]
- Victima Por Desplazamiento [ ]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Las Señalizaciones y las Vias peatonales.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 12 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] 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 mejoren las señalizaciones y los pares.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 12 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: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [ ]
- 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 [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 haiga mas Señalisacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10 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 [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción 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 [35]

¿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) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] 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 [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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 de peatones
Policías de Tránsito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 10 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 vias ☐
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

Fomentar capacitaciones para el buen uso de la señales del transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 2

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☒

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☒ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** 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 [ ] Más de dos horas [X]

¿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 [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
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

Es una charla que incluye, y ayuda mucho en el momento como que di a tener ideas y conocimiento de muchas cosas...

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7 JUNIO 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☑ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☑

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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?: de terceros Conductores

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [x] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [x] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [x] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?:

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [x] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?:

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar el tema de los peatones
Colocar reductores de Velocidad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 7 JUNIO 2025

15-07-25

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [ ] Conductor [X] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [4]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [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.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☒
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar señalizaciones y congestión

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [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. [ ]
- 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 [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 [X]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
- Persona con Discapacidad Visual [ ]
- Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
- Persona en Reinserción Social [ ]
- Estudiante de validación de Año [ ]
- Menor de Edad [ ]
- No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoramiento de vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vias [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [X] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
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 vehiculos? 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 [ ]
Indigenas [ ]
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

Mejorar las Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- 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: Vehiculos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] 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 [X]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en 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 [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 [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Sensibilizaciones tener más peatones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [ ]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [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 [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejoral Senalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [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 [16]

¿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) [ ]
- 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 [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 [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 [5]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
- Control de incendios en vehículos. [ ]
- Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
- Atención de emergencias en carretera. [ ]
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- Adolescente Trabajador [ ]
- Joven Vulnerable [ ]
- Afrocolombiano [ ]
- Victima Por Desplazamiento [ ]
- Victima por otro hecho Victimizante [ ]
- Indígenas [ ]
- Tercera Edad [ ]
- Jóvenes Vulnerables [ ]
- Mujer cabeza de Familia [ ]
- Programa de Resocialización [ ]
- Persona con Discapacidad física [ ]
- 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 Senalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [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 [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]
- **Otro Cuál?:** _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☑ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☑

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [V] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 [ ]

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
[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 para así tener mejor visibilidad en el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [X]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- 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 [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 [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos muy pedidos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- 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.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la via peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la via.

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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 [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [X] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Quiero que mejore las señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGÉNCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [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 [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 [X]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en 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 mejoren las tapas de los alcantarillados por que eso ocasiona accidentes. Calle 6 Carrera 10.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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 [X]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en 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 haya mas pare

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indígenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [X]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Que mejoren los Pentones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2016

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
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

Que mejoren los Peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [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

Que mejoren las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [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 [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [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
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] 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: 14-06-2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [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 [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Estado de las vías [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza 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 [X]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la congestion Vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 junio 2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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 [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en 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 el estado de las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 junio 2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [X]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en 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
[X] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar la movilidad la Cuestión de las motos, Con el tema de las altas velocidades

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [X] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [5]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [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 [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[X] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar el tema de alcantarillado para si, no ocasionar accidentes

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 JUN 2016

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [X]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [X]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] 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.
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la 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
[X] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 orden público

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [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
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad fisica
- [ ] 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 vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 junio 2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [X]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar el trafico vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 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 [ ]
Condiciones climatológicas [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 Senalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 junio 2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [ ]

¿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 [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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 [X] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos 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 hayan mas Sensibilizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 junio 2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☒ Masculino: ☐ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☒ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☒ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- 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 vias [ ]
- 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 [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 [ ] La entidad [X]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [X] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [X] 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
- [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

mejorar las normas de las vias en el municipio para generar un mejor entorno libre de accidentes

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14 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: Vehiculos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [X]
Condiciones climatológicas [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
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
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramiento de las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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 [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 [ ] 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
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar esa congestión vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [X]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [X] NO [ ] Número de años [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 [ ]

¿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] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [X]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control vial.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [✓]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [✓]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la 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]
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
[ ] Control de incendios en vehiculos.
[ ] 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 vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 via.

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [ ] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [ ]

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 movimiento peatonal

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [ ]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [X]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la 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]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [X]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 ua. ampliarla.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [X] Conductor [ ] Pasajero [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI [ ] NO [X] Número de años [ ]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [X] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [ ] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en 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 el trafico

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: [X] Masculino: [ ] LGTBI: [ ]

Rango de Edad:
- Menos de 18 años [ ]
- Entre 19 y 30 años [X]
- Entre 31 y 40 años [ ]
- Entre 41 y 50 años [ ]
- Más de 51 años [ ]

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: [ ]
- Servicio Publico: [ ]
- Conductor de Empresa Privada: [ ]

¿Cuenta con licencia de conducción? SI [ ] NO [X]

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. [ ]
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. [ ]
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. [ ]
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. [ ]
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. [ ]
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. [ ]
- C3: Vehículos articulados de servicio público. [ ]

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón [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 Coloquen Pure y una Variante

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via 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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [X]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofisico (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 vehiculo.
[ ] Control de incendios en vehiculos.
[ ] 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 vehiculos? 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

Excelente expectativa.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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. [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 [3]

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI [ ] NO [X]

¿De quién fue la responsabilidad? Propia [ ] De un tercero [ ] Compartida [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI [ ] NO [X] **En caso positivo indique cuántos** [ ]

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie [ ] Automovil [ ] Bicicleta [ ] Moto [X] Motocarro [ ] Transporte Público [ ]

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [ ] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[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 mejore los Peatones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2018

32

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☑
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [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 la Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [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: 14-06-2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [ ]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más información de Seguridad

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGÉNCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☒
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☒
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 vehiculo (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 vehiculo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 el tema de Señalización.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera 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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vias [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 vehiculos? 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

Arreglar alcantarillados para mejorar el tráfico

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2025

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: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 20

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 13

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehiculo (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 [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
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 Señalizaciones.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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) [ ]
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 vehiculo.
[ ] 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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] 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 el tema de Sensibilización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2019

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 6

¿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) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGÉNCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la via 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 [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar el alcantarillado para tener mejor visibilidad en el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☑

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☑

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[X] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos más señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14-06-2025

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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [X]
Estado de las vias [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 [ ]

Por 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 fisica [ ]
Afrocolombiano [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Indigenas [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Tercera Edad [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Menor de Edad [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mas señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 4/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio pública. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [✓] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [✓]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [✓]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [✓] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [✓] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [✓] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
[ ] 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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[X] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar las Vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 [✓] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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
- [ ] Indigenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Necesitamos mas Señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIÓNES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 rigidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rigidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Las Senalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 2

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
[ ] 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

mas señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vias [ ]
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 [X] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [X] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

Conocimientos en inspección básica de un vehículo. [ ]
Mecánica. [ ]
Control de incendios en vehículos. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Normas básicas tránsito nacional y local. [ ]
Primeros auxilios. [ ]
Atención de emergencias en carretera. [ ]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
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

traer organización de señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 6

¿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 [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [ ]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en 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
[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 vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 6

¿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 [X]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [X] 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

Control de la Seguridad Vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 14/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [ ]

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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar señalización

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X] Condiciones climatológicas [X]

Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [X] Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
- [ ] 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 [ ]

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 orden Publico

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehiculo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vias [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofisico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
Mecánica. [ ]
Manejo defensivo. [ ]
Primeros auxilios. [X]
Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [ ]

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
[ ] Indigenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar la via

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 15

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☒ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [X]
- 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 [✓] Alguna vez a la semana [ ] Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] 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

Mejoramiento de las vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2025

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 via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza 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 haya mas resaltos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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) [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 [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

[ ] Adolescente Trabajador
[ ] Joven Vulnerable
[ ] Afrocolombiano
[ ] Victima Por Desplazamiento
[ ] Victima por otro hecho Victimizante
[ ] Indígenas
[ ] Tercera Edad
[ ] Jóvenes Vulnerables
[ ] Mujer cabeza de Familia
[ ] Programa de Resocialización
[ ] Persona con Discapacidad física
[ ] Persona con Discapacidad Intelectual
[ ] Persona con Discapacidad Visual
[ ] Persona con Discapacidad Auditiva
[ ] Persona en Reinserción Social
[ ] Estudiante de validación de Año
[ ] Menor de Edad
[X] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Señalizacion pares de control el estado de las vías

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 5

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 vehiculo.
☐ Control de incendios en vehiculos.
☐ 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 Senalización en las Vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 17

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 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 [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 [ ]

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

Se espera que el programa fomente una mayor Conciencia sobre la importancia de respetar las normas de transito.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2025

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONVENCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 NO

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☐ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿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
[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 haya mal resaltos.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [ ]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
- Propia conducción [ ]
- Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
- Estado de las vías [X]
- Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- Mecánica. [ ]
- Manejo defensivo. [ ]
- Primeros auxilios. [X]

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [X]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [X] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] Persona con Discapacidad Intelectual
- [ ] Persona con Discapacidad Visual
- [ ] Persona con Discapacidad Auditiva
- [ ] Persona en Reinserción Social
- [ ] Estudiante de validación de Año
- [ ] Menor de Edad
- [ ] No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejoramientos de las Vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2018

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 ☐ Entre una y dos horas ☑ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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 los usos

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☒
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☒
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿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

Mejoramiento de las vias.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [x] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ] Condiciones climatológicas [ ]

Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ] Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]

Propia conducción [ ] Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]

Estado de las vías [x] Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [x]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [ ] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

- [ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
- [ ] Control de incendios en vehículos.
- [ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
- [ ] Atención de emergencias en carretera.
- [ ] Mecánica.
- [ ] Manejo defensivo.
- [ ] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [x]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

- [ ] Adolescente Trabajador
- [ ] Joven Vulnerable
- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Victima Por Desplazamiento
- [ ] Victima por otro hecho Victimizante
- [ ] Indígenas
- [ ] Tercera Edad
- [ ] Jóvenes Vulnerables
- [ ] Mujer cabeza de Familia
- [ ] Programa de Resocialización
- [ ] Persona con Discapacidad física
- [ ] 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 Pares.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☒
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☒

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

- Intensidad del tráfico [ ]
- Condiciones climatológicas [X]
- Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
- Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [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.
- [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

Mejorar las señalizaciones

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2014

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☒

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☐ NO ☒ Número de años ☐

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ☐

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☒ Automovil ☐ Bicicleta ☒ Moto ☐ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [ ]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [X]
Propia conducción [X]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [ ]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] 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

Mejoramientos de las vías.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2015

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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

mejoramiento de las Vias

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2021

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la via.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☐
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☐ NO ☒

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☐
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehiculos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehiculos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☒ Número de años ____

¿Tiene experiencia en conducción de motos? SI ☒ NO ☐ Número de años 10

¿Ha tenido accidentes de tránsito? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Alguno de estos accidentes ha sido con ocasión de su trabajo? SI ☐ NO ☒

¿De quién fue la responsabilidad? Propia ☐ De un tercero ☐ Compartida ☐

¿Ha tenido accidentes con daños materiales, pero no personales? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Ha tenido accidentes con daños a Humanos ? SI ☐ NO ☒ **En caso positivo indique cuántos** ____

¿Qué medios de transporte utiliza para sus desplazamientos casa – trabajo – casa? (puede seleccionar más de una opción)

A pie ☐ Automovil ☐ Bicicleta ☐ Moto ☒ Motocarro ☐ Transporte Público ☐

Otro Cuál? _____

¿Cuánto tiempo en promedio diario utiliza para desplazarse entre su casa – trabajo - casa?

Menos de Una Hora [X] Entre una y dos horas [ ] Más de dos horas [ ]

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de tránsito? (Puede seleccionar más de una opción)

Intensidad del tráfico [X]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Propia conducción [ ]
Estado de las vías [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [ ] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehiculo.
[ ] 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

mejoran la congestion vial. y señalizacion

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2023

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☒
- Entre 41 y 50 años ☐
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☒ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☐
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☒
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular. ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información específica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☒ Conductor ☒ Pasajero ☒

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☐ NO ☐ Número de años ☐

¿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) [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. [ ]
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 [X] NO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN (Marca con una X la población a la cual perteneces)

Adolescente Trabajador [ ]
Joven Vulnerable [ ]
Afrocolombiano [ ]
Victima Por Desplazamiento [X]
Victima por otro hecho Victimizante [ ]
Indígenas [ ]
Tercera Edad [ ]
Jóvenes Vulnerables [ ]
Mujer cabeza de Familia [ ]
Programa de Resocialización [ ]
Persona con Discapacidad física [ ]
Persona con Discapacidad Intelectual [ ]
Persona con Discapacidad Visual [ ]
Persona con Discapacidad Auditiva [ ]
Persona en Reinserción Social [ ]
Estudiante de validación de Año [ ]
Menor de Edad [ ]
No Aplico [ ]

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Mejorar Senalizacion para tene mejor efectividad en el transito

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2024

ENCUESTA DIAGNÓSTICA COMPORTAMIENTO VIAL

CONSORCIO MOVILIDAD SEGURA 2025

VIGENCIA 001-2025

OBJETO: "IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD VIAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE BECERRIL, CESAR"

N° CONVENIO: 010 DE 2025

Ésta encuesta tiene como objetivo recolectar información relacionada con su comportamiento en Seguridad Vial, los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente para el definir la estrategia a seguir para fomentar hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía.

Datos Generales:

Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☒ LGTBI: ☐

Rango de Edad:
- Menos de 18 años ☐
- Entre 19 y 30 años ☐
- Entre 31 y 40 años ☐
- Entre 41 y 50 años ☒
- Más de 51 años ☐

Tipo de Conducción:
- Privada- Particular: ☒
- Servicio Publico: ☐
- Conductor de Empresa Privada: ☐

¿Cuenta con licencia de conducción? SI ☑ NO ☐

Tipo de Licencia de Conducción

- A2: Motocicletas , Mototaxi con cilindrada mayor a 125 c.c. ☒
- B1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio particular. ☑
- B2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular. ☐
- B3: Vehículos articulados de servicio particular, ☐
- C1: Automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos, camionetas y microbuses de servicio de servicio público. ☐
- C2: Camiones rígidos, busetas y buses de servicio de servicio público. ☐
- C3: Vehículos articulados de servicio público. ☐

Información especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la vía de manera permanente (puede seleccionar más de una opción):

Peatón ☐ Conductor ☒ Pasajero ☐

¿Tiene experiencia en conducción de automóvil? SI ☒ NO ☐ Número de años 16

¿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 ☐ Entre una y dos horas ☒ Más de dos horas ☐

¿Cuáles considera son las causas que motivan el riesgo de tener un accidente de 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
☐ Indigenas
☐ Tercera Edad
☐ Jóvenes Vulnerables
☐ Mujer cabeza de Familia

☐ Programa de Resocialización
☐ Persona con Discapacidad fisica
☐ Persona con Discapacidad Intelectual
☐ Persona con Discapacidad Visual
☐ Persona con Discapacidad Auditiva
☐ Persona en Reinserción Social
☐ Estudiante de validación de Año
☐ Menor de Edad
☒ No Aplico

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

Control en las motos cuando Pasan en velocidad.

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2025

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 especifica en conducción: (Señale con una (X) la opción según corresponda en cada caso)

Indique que participación tiene usted en la 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 [X]
Condiciones climatológicas [ ]
Estado del vehículo (automóvil, moto, bicicleta) [ ]
Estado psicofísico (cansancio, estrés, sueño, fatiga) [ ]
Propia conducción [ ]
Comportamiento de terceros (conductores, peatones, pasajeros) [ ]
Estado de las vías [X]
Falta de información y/o formación en seguridad vial [X]

Otro Cuál?: _____

¿Realiza desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales? SI [ ] NO [X]

En caso positivo indique con qué frecuencia realiza estos desplazamientos: A diario [X] Alguna vez a la semana [ ]
Una o dos veces al mes [ ] Más de dos veces al mes [ ]

Cuando efectúa desplazamientos en virtud de sus funciones u obligaciones contractuales, quien planifica la ruta que va a tomar:

Usted mismo [X] La entidad [ ]

Por favor indique en que temas considera usted cuenta con conocimientos básicos: (puede seleccionar más de una opción)

[ ] Conocimientos en inspección básica de un vehículo.
[ ] Control de incendios en vehículos.
[ ] Normas básicas tránsito nacional y local.
[ ] Atención de emergencias en carretera.
[ ] Mecánica.
[ ] Manejo defensivo.
[X] Primeros auxilios.

Otro Cuál?: _____

¿Sus funciones u obligaciones contractuales están relacionadas directamente con la conducción de vehículos? SI [ ] NO [ ]

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 Aplica

Otro Cuál?: _____

EXPECTATIVA DEL PROGRAMA

mejorar la congestion vial

CAMPO DE OBERVACIONES GENERALES

Fecha de Diligenciamiento: 13/06/2023