

# ANEXOS

*Anexo 1: Instrumento de recolección de datos*

**ENCUESTA SOBRE EL IMPACTO SOCIOECONÓMICO POR EL COVID-19  
PARA EL TRANSPORTE URBANO DE MICROS EN LA CIUDAD DE TARIJA**

Esta encuesta se está realizando con el objetivo de detectar efectos y problemas en distintos aspectos socioeconómicos del transporte público que se puedan estar originando por el COVID-19 por el COVID-19.

Por favor, participe respondiendo a las preguntas que le formulamos a continuación, su participación es **anónima**. Muchas gracias.

**Indicaciones:**

- La información proporcionada será utilizada para asuntos académicos
- Se ruega contestar con toda la claridad del caso
- Lea detenidamente toda la encuesta



**Datos del encuestado:**

**Nombre de la Cooperativa o sindicato al que pertenece:**

**Línea:**

➤ **Usted es:**

✓ Propietario de la unidad que conduce ( )

➤ **Tiempo que trabaja en el sector de servicios de transporte de buses público ( ) años**



**ASPECTO SOCIAL**



**Datos característicos del propietario y su familia:**

| Parentesco | Edad | Sexo | Ciudad Natal | Estado civil | Grado de instrucción                                                                                                                    | Trabaja | Actividad económica Principal | Actividad económica Secundaria | Debido a el COVID-19 su carga laboral a:      | De qué forma le ha afectado las medidas restrictivas:                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------|------|------|--------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |      |      |              |              |                                                                                                                                         |         |                               |                                |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|            |      |      |              |              |                                                                                                                                         |         |                               |                                |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|            |      |      |              |              |                                                                                                                                         |         |                               |                                |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|            |      |      |              |              |                                                                                                                                         |         |                               |                                |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|            |      |      |              |              |                                                                                                                                         |         |                               |                                |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|            |      |      |              |              | 1. Sin estudios<br>2. Inicial<br>3. Primarios<br>4. Secundarios<br>5. Bachillerato<br>6. Universitarios<br>7. Técnico<br>8. Profesional |         |                               |                                | 1. Aumentado<br>2. Disminuido<br>3. Mantenido | 1. He sido despedido/a<br>2. Soy autónomo y he tenido que cesar mi actividad<br>3. Ahora soy trabajador eventual<br>4. Me han descendido de cargo<br>5. He sufrido una reducción de sueldo<br>6. He sufrido una reducción de horas de trabajo<br>7. Ahora hago teletrabajo<br>8. Aumento de horas de trabajo |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9. No me ha afectado en nada |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------|

### Principales características de la vivienda

| Característica                      | Opciones                             | Observaciones |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Número de habitantes en la vivienda | (       )                            |               |
| La vivienda que ocupa es...         | propia                               |               |
|                                     | alquilada                            |               |
|                                     | en contrato anticrético              |               |
|                                     | cedida por servicios                 |               |
|                                     | prestada por parientes o amigos      |               |
|                                     | otra                                 |               |
| Servicios básicos de la vivienda    | Agua potable                         |               |
|                                     | Luz eléctrica                        |               |
|                                     | Alcantarillado                       |               |
|                                     | Gas domiciliario                     |               |
| su vivienda cuenta con ...          | radio                                |               |
|                                     | televisor                            |               |
|                                     | computadora                          |               |
|                                     | servicio de internet                 |               |
|                                     | servicio de telefonía fija o celular |               |

### Salud

| Característica                                                            | Opciones                                         | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
| ¿Hay en su hogar alguna persona con dificultad permanente para...         | ver, aun si usa anteojos o lentes?               |               |
|                                                                           | oír, aun si usa audífono?                        |               |
|                                                                           | hablar, comunicarse o conversar?                 |               |
|                                                                           | caminar o subir escalones?                       |               |
|                                                                           | recordar o concentrarse?                         |               |
| ¿Alguien en su hogar padece de alguna enfermedad o condición hereditaria? | Cáncer                                           |               |
|                                                                           | VIH/Sida                                         |               |
|                                                                           | Enfermedades del corazón                         |               |
|                                                                           | Trastorno genético                               |               |
|                                                                           | Enfermedad renal                                 |               |
|                                                                           | Enfermedades neurológicas                        |               |
| Cuando tiene problemas de salud, acude a                                  | Otro                                             |               |
|                                                                           | caja de salud (CNS, COSSMIL, u otras)            |               |
|                                                                           | seguro de salud privado                          |               |
|                                                                           | establecimiento de salud público                 |               |
|                                                                           | establecimiento de salud privado                 |               |
|                                                                           | médico tradicional                               |               |
| Usted o algún familiar fue contagiado por el Covid-19                     | soluciones caseras? ¿la farmacia o se automedica |               |
|                                                                           | SI<br>NO                                         |               |
| Alguien en su familia entro a UTI por el COVID-19                         | SI                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |
| Alguien en su familia falleció a causa del Covid-19                       | SI                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |
| Usted y su familia fueron vacunados contra el COVID-19                    | SI                                               |               |
|                                                                           | NO                                               |               |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

## **ASPECTO ECONÓMICO**

| Pregunta                                                                                                                                                                                                       |                                                      | Opciones |          |          |  | Observaciones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------|----------|----------|--|---------------|
| Número de Unidades que posee                                                                                                                                                                                   |                                                      |          |          |          |  |               |
| ¿Con cuántos choferes trabajaba ANTES del COVID-19 DURANTE los meses críticos y ACTUALMENTE?                                                                                                                   | Número de choferes                                   | Antes    | Durante  | Actual   |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | No requiere de ningún chofer                         |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Un chofer                                            |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Dos choferes                                         |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Tres choferes                                        |          |          |          |  |               |
| Tipo de sueldo a sus choferes                                                                                                                                                                                  | Tipo de sueldo                                       | Chofer 1 | Chofer 2 | Chofer 3 |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Salario por tiempo                                   |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Salario a destajo                                    |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Salario básico                                       |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Salario fijo                                         |          |          |          |  |               |
| ¿Cuál era el nivel de INGRESOS (antes de pagar costos por mantenimiento, sueldo del chofer, kits de bioseguridad, etc.) que percibía mensualmente ANTES del COVID-19, DURANTE los meses críticos y ACTUALMENTE | Nivel De Ingresos                                    | Antes    | Durante  | Actual   |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Menos de 2 000 Bs.                                   |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | 2.001 – 3.000 Bs.                                    |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | 3.001 – 4.000 Bs.                                    |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | 4.001 – 5.000 Bs.                                    |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Más de 5.000 Bs.                                     |          |          |          |  |               |
| Los costos mensuales de sus unidades de transporte ANTES del COVID-19, DURANTE los meses críticos y ACTUALMENTE                                                                                                | Nivel De Costos                                      | Antes    | Durante  | Actual   |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Menos de 200 Bs.                                     |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | 201 – 300 Bs.                                        |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | 301 – 400 Bs.                                        |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | 401 – 500 Bs.                                        |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Más de 500 Bs.                                       |          |          |          |  |               |
| ¿Considera usted que los costos de mantenimiento se incrementaron debido al COVID-19?                                                                                                                          |                                                      |          |          | SI       |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                |                                                      |          |          | NO       |  |               |
| ¿Cuáles son las razones por las que se incrementaron los costos de mantenimiento?                                                                                                                              | Aumento del precio de combustible                    |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Aumento del precio de los insumos (llantas, aceites) |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Señalización en los asientos                         |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Dispensadores de alcohol                             |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Desinfección del vehículo                            |          |          |          |  |               |
|                                                                                                                                                                                                                | Otro:                                                |          |          |          |  |               |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                    |    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| ¿Qué medidas de bioseguridad toma usted en sus unidades de transporte?                                                                                          | Uso obligatorio de mascarilla para el conductor y pasajeros                        |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Protector facial                                                                   |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Trajes anti fluidos                                                                |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Bandejas de desinfección                                                           |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Señalización en los asientos                                                       |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Dispensadores de alcohol                                                           |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Otro:                                                                              |    |  |
| ¿Cuánto le cuesta mensualmente los kits de higiene y limpieza mencionados en la pregunta anterior?<br><b>Cada cuanto realiza la desinfección de su vehículo</b> | Menos de 20 Bs.                                                                    |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 21 – 50 Bs.                                                                        |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Más de 50 Bs.                                                                      |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Cada vuelta                                                                        |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Cada 2 vueltas                                                                     |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Cada 3 vueltas                                                                     |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Diariamente                                                                        |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Semanalmente                                                                       |    |  |
| ¿Cuál es la capacidad de servicio de sus unidades de transporte?                                                                                                | Menos de 10 pasajeros                                                              |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 11 – 15 pasajeros                                                                  |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 16 – 20 pasajeros                                                                  |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 21 – 25 pasajeros                                                                  |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 26 – 30 pasajeros                                                                  |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Mas de 30 pasajeros                                                                |    |  |
|                                                                                                                                                                 | ¿Sus unidades estuvieron paralizadas durante los primeros meses del confinamiento? | SI |  |
| NO                                                                                                                                                              |                                                                                    |    |  |
| ¿Cuánto tiempo estuvo paralizadas sus unidades a causa del COVID-19 por COVID-19?                                                                               | 0 meses                                                                            |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 1 semana a 1 mes                                                                   |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 1 mes a 2 meses                                                                    |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Más de 2 meses                                                                     |    |  |
| Durante los meses críticos de pandemia ¿Cuál es el aforo con el que estuvo operando sus unidades?                                                               | Menos de 5 pasajeros por vuelta                                                    |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 6 a 10 pajeros por vuelta                                                          |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 11 a 20 pasajeros por vuelta                                                       |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 21 a 25 pasajeros por vuelta                                                       |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 26 a 30 pasajeros por vuelta                                                       |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Mas de 30 pasajeros por vuelta                                                     |    |  |
| ¿Cuál es el aforo con la que está operando actualmente sus unidades?                                                                                            |                                                                                    |    |  |
|                                                                                                                                                                 | Menos de 5 pasajeros por vuelta                                                    |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 6 a 10 pajeros por vuelta                                                          |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 11 a 20 pasajeros por vuelta                                                       |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 21 a 25 pasajeros por vuelta                                                       |    |  |
|                                                                                                                                                                 | 26 a 30 pasajeros por vuelta                                                       |    |  |
| Mas de 30 pasajeros por vuelta                                                                                                                                  |                                                                                    |    |  |

|                                                                                                                 |                     |       |         |        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|---------|--------|--|
| ¿Cuántas Vueltas Realizan Sus Unidades De Micros Antes del COVID-19 Durante Los Meses Críticos Y Actualmente?   | Número De Vueltas   | Antes | Duran   | Actual |  |
|                                                                                                                 | Menos de 4 vueltas  |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | 5 vueltas           |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | 6 vueltas           |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | Más de 6 vueltas    |       |         |        |  |
| ¿Cuándo apareció Covid-19 se encontraba endeudado por la adquisición de su unidad de transporte?                | SI                  |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | NO                  |       |         |        |  |
| ¿Después de los momentos críticos del COVID-19 adquirió algún tipo de deuda relacionada a su actividad laboral? | SI                  |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | NO                  |       |         |        |  |
| ¿Suspendió el pago de sus deudas debido a COVID-19?                                                             | SI                  |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | NO                  |       |         |        |  |
| ¿Por cuánto tiempo suspendió el pago de sus deudas?                                                             | 1 - 2 meses         |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | 2 - 4 meses         |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | 4 - 6 meses         |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | Otro:               |       |         |        |  |
| ¿Refinanció sus deudas debido a Covid-19?                                                                       | SI                  |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | NO                  |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | NO                  |       |         |        |  |
| ¿Paga más altos intereses por la refinanciación de sus deudas?                                                  | SI                  |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | NO                  |       |         |        |  |
| ¿Cuánto pagaba de intereses por sus deudas ANTES del COVID-19, DURANTE los meses críticos y ACTUALMENTE         | Nivel De Costos     | Antes | Durante | Actual |  |
|                                                                                                                 | Entre 1% al 10%     |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | Entre el 11% al 15% |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | Entre el 16% al 20% |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | Más del 20%         |       |         |        |  |
| ¿Por cuánto tiempo extendió el pago de su deuda?                                                                | 1 - 3 años          |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | 3 - 5 años          |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | 5 - 8 años          |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | Otro:               |       |         |        |  |
| ¿Tuvo problemas para el refinanciamiento de sus deudas?                                                         | SI                  |       |         |        |  |
|                                                                                                                 | NO                  |       |         |        |  |

|                                                                                           |    |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|--|
| ¿Se ha visto en la necesidad de devolver el vehículo por el incumplimiento de sus deudas? | SI |  |  |
|                                                                                           | NO |  |  |

|                                                                                                                                            |                                     |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| ¿Con qué fuentes de financiamiento cuenta actualmente?                                                                                     | Corporación Financiera Nacional     |  |  |
|                                                                                                                                            | Bancos                              |  |  |
|                                                                                                                                            | Cooperativas de Ahorro y Crédito    |  |  |
|                                                                                                                                            | Casas comerciales                   |  |  |
|                                                                                                                                            | Recursos propios                    |  |  |
|                                                                                                                                            | Cooperativas de Transporte          |  |  |
|                                                                                                                                            | Proveedores de insumos              |  |  |
|                                                                                                                                            | Otra:                               |  |  |
| ¿Durante los meses de confinamiento, recibió algún apoyo de las siguientes instancias para atender la contingencia originada por COVID-19? | Gobierno                            |  |  |
|                                                                                                                                            | Municipalidad/ Alcaldía             |  |  |
|                                                                                                                                            | Cooperativas de Transporte          |  |  |
|                                                                                                                                            | Sindicatos de Transporte            |  |  |
|                                                                                                                                            | No he recibido ningún tipo de apoyo |  |  |
|                                                                                                                                            | Otra:                               |  |  |

*Anexo 2: Carta de solicitud de transporte urbano (micros)*

Tarija 16 de agosto de 2021

Señor:

Ing. Edwin R. Gareca Segovia

SECRETARIO M. DE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS

Presente. –

**REF.: SOLICITUD DE DATOS DE TRANSPORTE URBANO (MICROS)**

Mediante la presente tengo el grato placer de saludarle muy cordialmente y al mismo tiempo desearle éxito en la labor que desempeña en bien del desarrollo de la ciudad de Tarija.

Mi persona, Univ. Angeles Noelia Encinas Cari con C.I.: 10660950, estudiante de la carrera de Economía de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, que cursa la materia de Taller de grado II, me dirijo a su persona con la finalidad de que pueda proporcionarme datos estadísticos del transporte urbano (micros) de la ciudad de Tarija, como ser: sindicatos y cooperativas autorizadas, número de conductores s activos y/o pasivos, edad, sexo y otras características generales de los conductores.

Sin otro particular, y en espera de que la presente solicitud sea favorablemente aceptada por su autoridad, le agradezco de antemano por su tiempo y consideración, atentamente:

**NOTA:**

El docente de la asignatura Lic. Rosso Caisiri Lorenzo verifica que la estudiante Angeles Noelia Encinas Cari está cursando la asignatura y debe realizar el trabajo para su materia de Taller de Grado II.

*Anexo 3: Encuesta a los propietarios del transporte urbano de micros en la ciudad de Tarija*



