

CONFIDENCIALIDAD: Los datos recopilados se utilizarán exclusivamente para fines estadísticos y solamente podrán acceder a ellos las autoridades judiciales, legislativas y administrativas, que siendo constitucional o legalmente competentes para ellos, los soliciten para el debido ejercicio de sus funciones. (Ley 2335 de 2023 en su artículo 4)

A. IDENTIFICACIÓN

1. Región:

2. Departamento:

3. Municipio:

4. Clase:

5. Sector:

6. Sección:

7. Manzana:

8. Segmento:

9. AG:

10. Edificación:

11. Vivienda número:

12. Barrio, centro poblado o vereda

13. Dirección de la vivienda o nombre de la finca

14. Teléfono:

15. Resultado de la encuesta (**)

A1. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

1. ENCUESTA

Encuestador/a Nombre:

Resultado de la encuesta

Visita número:	1	2	3	4
Fecha (día-mes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Día de la semana	<input type="text"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/>
Hora de inicio (hora-minutos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>
Hora de terminación (hora-minutos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>
Resultado(**)				

2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor/a

Nombre:

Observaciones:

(**) EC: 1. Encuesta completa.
AT: 5. Ausente temporalmente.

EI: 2. Encuesta incompleta.
R: 6. Rechazo.

OC: 3. Ocupado.
V: 7. Vacante.

NH: 4. Nadie en el hogar.
O: 8. Otro motivo.

B. DATOS DE LA VIVIENDA (Diligencie este capítulo solo para el hogar 01 de la vivienda)

1. La vía de acceso a la edificación es:

Diligencie por observación

Sendero o camino en tierra o acceso fluvial

Peatonal construida

Vehicular destapada

Vehicular pavimentada

Cabecera: pase a 3
Centros poblados y rural disperso: pase a 4

2. ¿Cuál es el estado de la vía?

Diligencie por observación

Bueno

Regular

Malo

3. ¿La edificación donde está ubicada la vivienda tiene andén?

Solo para cabeceras

Diligencie por observación

Sí

No

4. Tipo de vivienda

Casa

Apartamento

Cuarto(s)

Vivienda tradicional indígena

Otro (carpa, contenedor, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, etc.)

5. Material predominante de las paredes exteriores

Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida

Tapia pisada, adobe

Bahareque revocado

Bahareque sin revocar

Madera burda, tabla, tablón

Material prefabricado

Guadua

Caña, esterilla, otro vegetal

Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico

Sin paredes

6. Material predominante de los pisos

Alfombra o tapete de pared a pared

Madera pulida y lacada, parquet

Mármol

Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, laminado

Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal

Cemento, gravilla

Tierra, arena o barro

7. ¿Cuál es el material predominante del techo o cubierta?

Plancha de concreto, cemento u hormigón

Tejas de barro

Teja de asbesto-cemento

Teja metálica o lámina de zinc

Teja plástica

Paja, palma u otros vegetales

Material de desecho (tela, cartón, latas, plástico, otros)

8. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?

1. Energía eléctrica Sí → No

2. Acueducto Sí No

3. Alcantarillado Sí No

4. Recolección de basuras Sí → No

Estrato para tarifa

Veces por semana

9. En los últimos 12 MESES, la vivienda ha sido afectada por:

1. Inundaciones, desbordamientos, crecientes, arroyos Sí No

2. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos Sí No

3. Hundimiento del terreno Sí No

4. Ventarrones, tormentas, vendavales, granizada Sí No

5. Sismo o temblor Sí No

10. ¿En los últimos 12 MESES, con qué frecuencia se han presentado los siguientes problemas en el sector donde está ubicada su vivienda:

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Ruidos molestos provenientes del exterior (tráfico de autos, aviones, maquinaria)?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
2. Malos olores procedentes del exterior?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
3. Presencia de basuras en las calles, caminos, senderos y espacios públicos?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
4. Contaminación del aire?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
5. Contaminación en ríos, canales, lagos y embalses?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
6. Invasión del espacio público (calles o andenes)?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
7. Presencia de animales que causan molestias?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
8. Presencia de insectos, roedores, etc.?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>

11. ¿Cuáles de los siguientes problemas de humedad en techos o paredes presenta la vivienda?

	Sí	No
1. Pintura soplada	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
2. Presencia de manchas	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
3. Presencia de moho	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
4. Cambios en el aspecto de ladrillos, baldosas, concreto	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>

12. ¿Los techos de la vivienda presentan goteras?

Sí

No

13. ¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda y atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común?

C. SERVICIOS DEL HOGAR (Diligencie este capítulo para todos los hogares de la vivienda)

1. ¿Incluyendo sala y comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas dispone este hogar?

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

2. ¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas de este hogar?

3. ¿Pagan en este hogar por la electricidad que consumen?

- Sí → Pase a 5
- Sí, con el arriendo
- No pagan, pero tienen el servicio
- No tienen el servicio Pase a 7

4. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por la electricidad consumida?

¿A cuántos meses corresponde ese pago?

\$ _____

5. ¿El servicio de energía llega al hogar las 24 horas del día, durante los siete días de la semana?

- Sí Pase a 7
- No

6. Cuando llega el servicio de energía ¿cuántas horas al día lo recibe?

7. ¿En este hogar tienen servicio de gas natural conectado a red pública?

- Sí Pase a 10
- No

8. ¿Pagan en este hogar por el servicio de gas natural conectado a red pública?

- Sí → Pase a 10
- Sí, con el arriendo
- No pagan

9. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por el servicio de gas natural?

\$ _____ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? _____

10. ¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta el hogar?

- Inodoro conectado a alcantarillado Pase a 12
- Inodoro conectado a pozo séptico
- Inodoro sin conexión
- Letrina
- Inodoro con descarga directa a fuentes de agua (bajamar) Pase a 12
- No tiene servicio sanitario Pase a 15

11. ¿Quién realiza generalmente el mantenimiento o vaciado del servicio sanitario?

- Los miembros del hogar
- Contratan un servicio especializado
- Otra persona o entidad
- No se realiza mantenimiento

12. El servicio sanitario está ubicado:

- Dentro de la vivienda
- Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno

13. ¿De cuántos servicios sanitarios o inodoros dispone este hogar?

14. El servicio sanitario del hogar es:

- De uso exclusivo de las personas del hogar
- Compartido con personas de otros hogares

15. ¿Pagan en este hogar por servicio de alcantarillado?

- Sí
- Sí, con el arriendo
- No pagan, pero tienen el servicio → Pase a 17
- No tienen el servicio

16. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por servicio de alcantarillado?

\$ _____ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? _____

17. El hogar cuenta con:

1. Lavamanos
2. Lavadero
3. Lavaplatos
4. Ninguno de los anteriores

18. Para la limpieza de las manos, los miembros de este hogar principalmente:

- Se lavan con agua y jabón
- Se lavan con agua solamente
- Usan otro método para limpiarse (gel desinfectante o antibacterial, alcohol, toallas húmedas)
- No se limpian o lavan las manos

19. ¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?

- La recogen los servicios del aseo
- La tiran a un río, quebrada, caño o laguna
- La tiran a un patio, lote, zanja o baldío
- La queman → Pase a 22
- La entierran
- La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)

C. SERVICIOS DEL HOGAR (Diligencie este capítulo para todos los hogares de la vivienda) (continuación)

20. ¿Pagan en este hogar por servicio de recolección de basuras?

- Sí } Pase a 22
- Sí, con el arriendo }
- No pagan }

21. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por servicio de recolección de basuras?

\$ _____ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? _____

22. ¿En este hogar clasifican las basuras?

- Sí
- Qué tipo de material clasifican:
1. Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos
2. Vidrio
3. Papel y cartón
4. Plástico
5. Pilas y baterías
6. Envases metálicos o de aluminio
7. Medicamentos
- No

23. ¿Cuáles de las siguientes prácticas realiza este hogar para reducir el consumo de agua y energía eléctrica?

- | | Sí | No |
|---|---|---|
| 1. Usar bombillas de bajo consumo | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Apagar luces | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Planchar la mayor cantidad de ropa en cada ocasión o no planchar | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Desconectar aparatos eléctricos | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Reutilizar agua | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Recolectar agua lluvia | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Usar tanque sanitario de bajo consumo de agua | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8. Usar economizadores de agua para ducha y grifería | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

24. ¿Pagan en este hogar por servicio de acueducto?

- Sí } Pase a 26
- Sí, con el arriendo }
- No pagan, pero tienen el servicio }
- No tienen el servicio }

25. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por el servicio de acueducto?

\$ _____ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? _____

26. El agua para preparar los alimentos, la obtienen principalmente de:

- Acueducto público
- Acueducto comunal o veredal
- Pozo con bomba Pase a 29
- Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno Pase a 29
- Agua lluvia Pase a 30
- Río, quebrada, manantial o nacimiento Pase a 29
- Pila pública Pase a 29
- Carrotanque Pase a 29
- Aguatero Pase a 32
- Agua embotellada o en bolsa Pase a 32

27. ¿El agua llega al hogar las 24 horas del día, durante los siete días de la semana?

- Sí Pase a 29
- No

28. Cuando llega el servicio de agua ¿cuántas horas al día lo recibe

29. ¿Considera que el agua disponible es suficiente?

- Sí
- No

30. ¿Dónde está ubicado el suministro (llave, grifo, pozo, etc.) de agua?

- Dentro de la vivienda } Pase a 32
- Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno }
- Fuera de la vivienda y del lote o terreno }

31. ¿Cuánto tiempo gasta caminando para llegar a ese lugar, recoger el agua y regresar a la vivienda?

- 30 minutos o menos
- Más de 30 minutos
- No sabe

32. El agua para beber principalmente:

- La usan tal como la obtienen
- La hierven
- Le echan cloro
- Utilizan filtros
- La decantan o usan filtros naturales
- Compran agua embotellada o en bolsa

33. ¿En dónde preparan los alimentos las personas de este hogar?

- En un cuarto usado solo para cocinar } Pase a 34
- En un cuarto usado también para dormir }
- En una sala-comedor sin lavaplatos }
- En una sala-comedor con lavaplatos }
- En un patio, corredor, enramada, al aire libre }
- En ninguna parte (no preparan alimentos) }

33A. ¿El hogar tiene cocina? (espacio exclusivo para preparar alimentos)

- Sí
- No

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Para todas las personas del hogar)

<p>5. ¿Cuál es el parentesco de... con el jefe o la jefa de este hogar?</p> <p>Jefe/a del hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Pareja, esposo/a, cónyuge, compañero/a <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Nieto/a <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Padre, madre, padrastro, madrastra <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Suegro o suegra <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Hermano/a, hermanastro/a <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Otro/a pariente del (de la) jefe/a <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Empleado/a del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Parientes del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Trabajador/a <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Pensionista <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Otro/a no pariente <input type="checkbox"/> 14</p> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Para menores de 10 años, pase a 8.</p>	<p>6. Actualmente...:</p> <p>No está casado/a y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No está casado/a y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Está viudo/a <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Está separado/a o divorciado/a <input type="checkbox"/> 4 → Pase a 8</p> <p>Está soltero/a <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Está casado/a <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>7. El /la cónyuge de... ¿vive en este hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>8. ¿Dónde nació...?</p> <p>En este municipio <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 9</p> <p>En otro municipio <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 9</p> <p>En otro país <input type="checkbox"/> 3</p> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;">Continúe con 8A</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; background-color: #f0f0f0;"> <tr> <td>Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1</td> <td>España <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Venezuela <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Ecuador <input type="checkbox"/> 4</td> <td>Panamá <input type="checkbox"/> 5</td> <td>Perú <input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Costa Rica <input type="checkbox"/> 7</td> <td>Argentina <input type="checkbox"/> 8</td> <td>Francia <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>Italia <input type="checkbox"/> 10</td> <td>Otro país <input type="checkbox"/> 11</td> <td></td> </tr> </table>	Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1	España <input type="checkbox"/> 2	Venezuela <input type="checkbox"/> 3	Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Panamá <input type="checkbox"/> 5	Perú <input type="checkbox"/> 6	Costa Rica <input type="checkbox"/> 7	Argentina <input type="checkbox"/> 8	Francia <input type="checkbox"/> 9	Italia <input type="checkbox"/> 10	Otro país <input type="checkbox"/> 11	
Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1	España <input type="checkbox"/> 2	Venezuela <input type="checkbox"/> 3													
Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Panamá <input type="checkbox"/> 5	Perú <input type="checkbox"/> 6													
Costa Rica <input type="checkbox"/> 7	Argentina <input type="checkbox"/> 8	Francia <input type="checkbox"/> 9													
Italia <input type="checkbox"/> 10	Otro país <input type="checkbox"/> 11														
		C. R. Número de orden	C. R. Departamento Municipio Código Otro país												

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>9. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 14</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>10. ¿Dónde vivía..., hace 5 años?</p> <p>No había nacido <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 12</p> <p>En este municipio <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En otro municipio <input type="checkbox"/> 3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>En otro país <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: center;">Después de diligenciar esta opción, pase a pregunta 12</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1</td> <td>España <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Venezuela <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Ecuador <input type="checkbox"/> 4</td> <td>Panamá <input type="checkbox"/> 5</td> <td>Perú <input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Costa Rica <input type="checkbox"/> 7</td> <td>Argentina <input type="checkbox"/> 8</td> <td>Francia <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>Italia <input type="checkbox"/> 10</td> <td>Otro país <input type="checkbox"/> 11</td> <td></td> </tr> </table> </div>	Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1	España <input type="checkbox"/> 2	Venezuela <input type="checkbox"/> 3	Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Panamá <input type="checkbox"/> 5	Perú <input type="checkbox"/> 6	Costa Rica <input type="checkbox"/> 7	Argentina <input type="checkbox"/> 8	Francia <input type="checkbox"/> 9	Italia <input type="checkbox"/> 10	Otro país <input type="checkbox"/> 11		<p>11. El lugar donde vivía... hace 5 años era:</p> <p>El centro urbano donde está la alcaldía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>12. ¿Dónde vivía..., hace 12 meses?</p> <p>No había nacido <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 14</p> <p>En este municipio <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En otro municipio <input type="checkbox"/> 3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>En otro país <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: center;">Después de diligenciar esta opción, pase a pregunta 13</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1</td> <td>España <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Venezuela <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Ecuador <input type="checkbox"/> 4</td> <td>Panamá <input type="checkbox"/> 5</td> <td>Perú <input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Costa Rica <input type="checkbox"/> 7</td> <td>Argentina <input type="checkbox"/> 8</td> <td>Francia <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>Italia <input type="checkbox"/> 10</td> <td>Otro país <input type="checkbox"/> 11</td> <td></td> </tr> </table> </div>	Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1	España <input type="checkbox"/> 2	Venezuela <input type="checkbox"/> 3	Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Panamá <input type="checkbox"/> 5	Perú <input type="checkbox"/> 6	Costa Rica <input type="checkbox"/> 7	Argentina <input type="checkbox"/> 8	Francia <input type="checkbox"/> 9	Italia <input type="checkbox"/> 10	Otro país <input type="checkbox"/> 11	
Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1	España <input type="checkbox"/> 2	Venezuela <input type="checkbox"/> 3																									
Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Panamá <input type="checkbox"/> 5	Perú <input type="checkbox"/> 6																									
Costa Rica <input type="checkbox"/> 7	Argentina <input type="checkbox"/> 8	Francia <input type="checkbox"/> 9																									
Italia <input type="checkbox"/> 10	Otro país <input type="checkbox"/> 11																										
Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1	España <input type="checkbox"/> 2	Venezuela <input type="checkbox"/> 3																									
Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Panamá <input type="checkbox"/> 5	Perú <input type="checkbox"/> 6																									
Costa Rica <input type="checkbox"/> 7	Argentina <input type="checkbox"/> 8	Francia <input type="checkbox"/> 9																									
Italia <input type="checkbox"/> 10	Otro país <input type="checkbox"/> 11																										
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">C. R.</td> <td style="width:15%;">Departamento</td> <td style="width:15%;">Municipio</td> <td style="width:15%;">Código</td> <td style="width:15%;">Otro país</td> </tr> </table>	C. R.	Departamento	Municipio	Código	Otro país	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">C. R.</td> <td style="width:15%;">Departamento</td> <td style="width:15%;">Municipio</td> <td style="width:15%;">Código</td> <td style="width:15%;">Otro país</td> </tr> </table>	C. R.	Departamento	Municipio	Código	Otro país															
C. R.	Departamento	Municipio	Código	Otro país																							
C. R.	Departamento	Municipio	Código	Otro país																							

01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>12A. El lugar donde vivía... hace 12 meses era:</p> <p>El centro urbano donde está la alcaldía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">Si en pregunta 12 respondió opción 2, después de diligenciar pase a 14</p>	<p>13. ¿Cuál fue el principal motivo por el que... cambió el lugar donde residía hace 12 meses?</p> <p>Trabajo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Estudio <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Salud <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Desastres naturales <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Conformación de un nuevo hogar <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Acompañar a otros miembros del hogar <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Motivos culturales asociados a grupos étnicos <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Adquisición de vivienda propia <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Mejorar calidad de vida <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 12</p>	<p>14. El padre de... ¿vive en este hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 16</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fallecido <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>15. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...?</p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 10</p>
C. R.	Otra, ¿cuál?	C. R.	Número de orden

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>16. La madre de... ¿vive en este hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 18</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fallecida <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>17. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?</p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>18. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:</p> <p>Indígena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Gitano/a (Rom) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Palenquero/a de San Basilio <input type="checkbox"/> 4 → Si tiene 15 años o más pase a 20, de lo contrario termine capítulo</p> <p>Negro/a, mulato/a, afrodescendiente, afrocolombiano/a <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Ningún grupo étnico-racial <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>19. ¿A cuál pueblo o etnia indígena pertenece...?</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Si tiene menos de 15 años termine capítulo</p>				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; text-align: center;">C. R.</td> <td style="width:10%; text-align: center;">Número de orden</td> </tr> </table>	C. R.	Número de orden			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%; text-align: center;">Pueblo o etnia indígena</td> <td style="width:30%; text-align: center;">Código</td> </tr> </table>	Pueblo o etnia indígena	Código
C. R.	Número de orden						
Pueblo o etnia indígena	Código						

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>20. ¿Usted se considera campesino (a)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 22</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 22</p>	<p>21. ¿Usted considera que alguna vez fue campesino (a)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>22. ¿Usted considera que la comunidad en que vive es campesina?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
---	---	--

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Para todas las personas del hogar) (continuación)

Las preguntas 23 a 28 tratan sobre la satisfacción que usted siente, en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que se siente "totalmente insatisfecho/a" y 10 significa que se siente "totalmente satisfecho/a"..

23. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su vida actualmente?

<input type="checkbox"/> 10	Totalmente satisfecho/a
<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 8	
<input type="checkbox"/> 7	
<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 0	Totalmente insatisfecho/a

24. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su ingreso actualmente?

<input type="checkbox"/> 10	Totalmente satisfecho/a
<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 8	
<input type="checkbox"/> 7	
<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 0	Totalmente insatisfecho/a
<input type="checkbox"/> 99	No recibe ingresos

25. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su salud actualmente?

<input type="checkbox"/> 10	Totalmente satisfecho/a
<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 8	
<input type="checkbox"/> 7	
<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 0	Totalmente insatisfecho/a

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Para todas las personas del hogar) (continuación)

Las preguntas 23 a 28 tratan sobre la satisfacción que usted siente, en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que se siente "totalmente insatisfecho/a" y 10 significa que se siente "totalmente satisfecho/a".

<p>26. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su nivel de seguridad actualmente?</p> <p> <input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho/a <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho/a </p>	<p>27. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su trabajo/actividad actualmente?</p> <p> <input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho/a <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho/a </p>	<p>28. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su tiempo libre?</p> <p> <input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho/a <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho/a </p>
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Para todas las personas del hogar) (continuación)

Las preguntas 29 a 31 tratan sobre cómo se sintió el día de ayer en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que no experimentó "para nada" esa sensación y 10 significa que experimentó "todo el tiempo" esa sensación.

En una escala de 0 a 10, donde 0 significa que siente que las cosas que hace en su vida «no valen la pena» y 10 significa que «valen totalmente la pena»:

Imagine una escalera con escalones numerados de 0 a 10, donde 0 es el escalón más bajo y 10 el escalón más alto. El más alto representa la mejor vida que usted podría tener y el más bajo, la peor.

29. ¿Qué tan feliz se sintió... el día de ayer?

- 10 Todo el tiempo feliz
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Para nada feliz

30. ¿Qué tan preocupado/a se sintió... el día de ayer?

- 10 Todo el tiempo preocupado/a
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Para nada preocupado/a

31. ¿Qué tan triste se sintió... el día de ayer?

- 10 Todo el tiempo triste
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Para nada triste

32. ¿Qué tanto considera... que las cosas que hace en su vida valen la pena?

- 10 Valen totalmente la pena
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 No valen la pena

33. ¿En cuál escalón diría usted que se encuentra parado/a en este momento?

- 10 Mejor vida
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Peor vida

Si la persona tiene menos de 18 años, pase al siguiente capítulo.

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

E. SALUD (Para todas las personas del hogar)

<p>1. ¿... está afiliado/a (cotizante o beneficiario/a) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 9</p>	<p>2. ¿Por qué razón principal no está afiliado/a a una entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])</p> <p>Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Muchos trámites <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o descuido <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe que debe afiliarse <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No está vinculado/a laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario/a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Está en trámite de afiliación <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con el Sisben (no lo/a han visitado, afiliado/a en otro municipio, lo/a desvincularon, le asignaron puntaje alto) <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de documentación <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Después de responder la pregunta, pase a 9.</p> <p>C. R. <input type="text"/> Otra razón, ¿cuál? <input type="text"/></p>	<p>3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado (a)?</p> <p>Contributivo (EPS) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Subsidiado (EPS-S) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 6A</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 6A</p>	<p>4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?</p> <p>... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Le descuentan de la pensión <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 6</p> <p>... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 6A</p> <p>No paga, es beneficiario/a <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>5. ¿De quién es beneficiario (a) ...?</p> <p>De una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>De una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center;">Después de responder la pregunta, pase a 6A</p> <p>C. R. <input type="text"/> Número de orden <input type="text"/></p>
---	--	--	---	--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto/a por una entidad de seguridad social en salud?</p> <p style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-top: 10px;">Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99.</p>	<p>6A. ¿Dónde está ubicada la entidad donde recibe los servicios de salud?</p> <p style="text-align: center;">Este municipio <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Otro municipio <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	<p>7. En general, considera que la calidad del servicio de la EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual ... está afiliado/a es:</p> <p>Muy buena <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> → Pase a 9</p> <p>Buena <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Mala <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Muy mala <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Pase a 9</p>	<p>8. ¿Cuál es el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad del servicio de su EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado/a?</p> <p>Trámites excesivos o dispendiosos <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura, dotación, mobiliario o accesibilidad para personas con discapacidad <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Demora en la asignación de citas <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Demora en la atención por parte del personal médico <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Problemas relacionados con los medicamentos <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	<p>9. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros VOLUNTARIOS de salud tiene ...?</p> <p style="text-align: right;">Sí No</p> <p>1. Medicina prepagada <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>2. Plan complementario de salud con una EPS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>3. Póliza de hospitalización o cirugía <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>4. Seguros médicos estudiantiles <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>5. Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-top: 10px; text-align: center;">Si en todas las opciones responde NO, pase a 11</p>	<p>10. ¿Cuánto paga o le descuentan mensualmente a ... por concepto de estos planes o seguros voluntarios de salud?</p>		
Valor mensual pagado o descontado (\$)	C.R.	Departamento	Municipio	Código	C.R.	Otro, ¿cuál?	Valor mensual (\$)

01							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
02							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
03							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
04							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
05							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
06							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
07							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
08							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
09							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

11. El estado de salud de... en general, es: Muy bueno <input type="checkbox"/> 1 Bueno <input type="checkbox"/> 2 Regular <input type="checkbox"/> 3 Malo <input type="checkbox"/> 4	12. En los últimos 12 meses, ¿a ... le han diagnosticado alguna enfermedad crónica? (enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos como: enfermedades cardiovasculares-hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.). Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Actualmente está recibiendo tratamiento para esa enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 2	12A. Sin estar enfermo/a y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año: Sí No 1. Medicina general? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. Medicina especializada? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. Odontología? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. Medicina alternativa? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. Psicología? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Ahora se le preguntará acerca de las capacidades y habilidades para realizar algunas actividades de la vida cotidiana que pueden verse afectadas por dificultades físicas o mentales. 13. Dada su condición física y mental, en su vida diaria ... tiene dificultades para realizar las siguientes actividades: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No puede hacerlo</th> <th>Sí, con mucha dificultad</th> <th>Sí, con alguna dificultad</th> <th>Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Oír, aun usando audífonos medicados?</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr><td>2. Hablar o conversar?</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr><td>3. Ver, aun usando lentes o gafas?</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr><td>4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr><td>5. Agarrar o mover objetos con las manos?</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr><td>6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a?</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr><td>7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo/a?</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr><td>8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> </tbody> </table> Si en todas responde opción 3 ó 4, pase a pregunta 17		No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad	1. Oír, aun usando audífonos medicados?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	2. Hablar o conversar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	3. Ver, aun usando lentes o gafas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	5. Agarrar o mover objetos con las manos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	14. ¿Esta dificultad de... fue ocasionada: Porque nació así? <input type="checkbox"/> 1 Por enfermedad? <input type="checkbox"/> 2 Por accidente laboral o enfermedad profesional? <input type="checkbox"/> 3 Por otro tipo de accidente? <input type="checkbox"/> 4 Por edad avanzada? <input type="checkbox"/> 5 Por el conflicto armado? <input type="checkbox"/> 6 Por violencia NO asociada al conflicto armado? <input type="checkbox"/> 7 Por otra causa? <input type="checkbox"/> 8 No sabe <input type="checkbox"/> 9 Para opciones con respuesta 1 ó 2 en pregunta 13	15. ¿Para estas dificultades... cuenta con: Sí No 1. Gafas, lentes de contacto, lentes intraoculares, programa computacional adaptado, regleta Braille, perro guía, otros? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. Bastón, silla de ruedas, muletas, caminador? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. Audífonos medicados, implantes cocleares, otros? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. Ayuda de otras personas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. Medicamentos o terapias? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. Prácticas de medicina ancestral? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
		No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad																																													
1. Oír, aun usando audífonos medicados?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																														
2. Hablar o conversar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																														
3. Ver, aun usando lentes o gafas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																														
4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																														
5. Agarrar o mover objetos con las manos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																														
6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																														
7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																														
8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																														
Le han diagnosticado alguna enfermedad crónica	Recibiendo tratamiento para esa enfermedad																																																	

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

16. ¿Quién se ocupa principalmente del cuidado de...?

- Una persona del hogar [1]
 - ¿Esta persona tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de...?
 - Sí [1] No [2]
- Una persona de otro hogar no remunerada [2]
 - Hombre [1]
 - Mujer [2]
- Una persona de otro hogar remunerada [3]
- Permanece solo/a [4]
- No requiere cuidado [5]

C. R.	¿Esta persona tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de...?	Sexo	Número de orden
-------	---	------	-----------------

17. En los últimos 30 días, ... ¿tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?

- Sí [1]
- No [2] Pase a 34

18. Por ese problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?

Si es menor de un día anote 00

Número de días

19. Para tratar ese problema de salud, ¿qué hizo principalmente...?

- Acudió a la entidad de seguridad social en salud de la cual es afiliado/a [1]
- Acudió de forma particular a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud [2] Pase a 26
- Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista [3]
- Consultó a un empírico, curandero, yerbatero, comadrona [4]
- Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) [5] Pase a 25
- Usó remedios caseros [6]
- Se autorrecetó [7]
- Nada [8]

20. ¿Acudió al servicio de urgencias en la institución prestadora de servicios (hospital o clínica) pública o privada?

- Sí [1]
- No [2] Pase a 26

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>21. ¿A ... le brindaron asistencia médica en el servicio de urgencias para solucionar el problema de salud?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 23</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>22. ¿Cuál fue la razón principal por la que ... no recibió atención médica en el servicio de urgencias?</p> <p>El caso era leve <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Esperó demasiado tiempo y no lo/la atendieron <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Indicaron que allí no lo/la podían atender porque no estaba afiliado/a a alguna entidad que tuviera contrato con ellos <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No tenía identificación y por eso lo/la rechazaron <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Indicaron que debían remitirlo/la a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo/la <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No le dieron información <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: center;">Después de diligenciar esta pregunta, pase a 34</p>	<p>23. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido/a por personal médico?</p> <p>Lo atendieron inmediatamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En máximo 30 minutos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Entre 31 minutos y una hora <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Más de una hora hasta dos horas <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Más de dos horas <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>24. En el servicio de urgencias... fue atendido/a por:</p> <p>Médico/a general <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Odontólogo/a <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Especialista <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Pase a 27</p> <p style="text-align: right;">Pase a 28</p>
---	--	---	---

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

25. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no solicitó o no recibió atención médica?

- El caso era leve 1
- No tuvo tiempo 2
- El centro de atención queda lejos 3
- Falta de dinero 4
- Mal servicio o cita distanciada en el tiempo 5
- No lo/a atendieron 6
- No confía en los médicos 7
- Consultó antes y no le resolvieron el problema 8
- Muchos trámites para la cita 9
- No le cubrían o no le autorizaron la atención 10
- Le hacen esperar mucho para atenderlo/a 11
- Dificultad para viajar 12
- Otro 13

Después de diligenciar, pase a pregunta 34.

26. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico/a general u odontólogo/a?

- Médico/a general 1
- Odontólogo/a 2
- Acudió directo al especialista 3 **Pase a 28**

C. R.

Número de días

27. ... ¿fue remitido/a a especialista?

- Sí 1
- No 2

28. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.) fue:

- Muy buena 1
- Buena 2
- Mala 3
- Muy mala 4

→ Pase a 30

29. ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?

- Trámites excesivos o dispendiosos 1
- Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) 2
- Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial 3
- Condiciones deficientes de infraestructura, dotación, mobiliario o accesibilidad para personas con discapacidad 4
- Demora en la asignación de citas 5
- Demora en la atención por parte del personal médico 6
- Problemas relacionados con los medicamentos 7
- Otro, ¿cuál? 8

C. R.

Otro, ¿cuál?

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

30. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó... para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)		31. Por esta enfermedad, ¿a... le formularon medicamentos?		32. ¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a... por cuenta de la institución a la cual está afiliado/a?		33. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?		Observaciones:
EPS o entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado/a <input type="checkbox"/> 1 Plan o seguro voluntario (Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="checkbox"/> 2 Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) <input type="checkbox"/> 3 Secretaría de salud o la alcaldía <input type="checkbox"/> 4 Recursos propios o familiares <input type="checkbox"/> 5 Recursos de otras personas <input type="checkbox"/> 6 No se requirió pago <input type="checkbox"/> 7		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 34		Sí, todos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 34 Sí, algunos <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3		No están incluidos en el plan de beneficios en salud o no le autorizaron <input type="checkbox"/> 1 No había los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 2 No había la cantidad requerida <input type="checkbox"/> 3 Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica <input type="checkbox"/> 4 No hizo las gestiones para reclamarlos <input type="checkbox"/> 5 No tenía dinero <input type="checkbox"/> 6 Acudió a médico particular <input type="checkbox"/> 7 Otra, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8		
				C. R.		Otra, ¿cuál?		
01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7							

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

34. Durante los últimos 30 díasrealizó pagos por: (No incluya gastos reportados en hospitalización)

1. Consulta médica general o con especialista?		2. Consulta o tratamiento odontológico?			3. Vacunas		4. Fórmulas médicas o compra de medicamentos consumidos ocasional o regularmente		5. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico?		6. Rehabilitación o terapias médicas?		7. Terapias alternativas? (homeopatía, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)		8. Transporte para ir al sitio de atención médica y regresar?		9. Alcohol, gel desinfectante		10. Algodón, gasa, curitas, tapabocas, jeringas, bolsas de agua caliente		
Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]	Sí	[1]
A través de EPS	[1]	A través de EPS	[1]	No	[2]	No	[2]	No	[2]	No	[2]	No	[2]	No	[2]	No	[2]	No	[2]	No	[2]
Médico particular	[2]	Odontólogo particular	[2]																		
Plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	[3]	Plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	[3]																		
No	[2]	No	[2]																		
C. R.	Valor \$	Valor \$	Valor \$	C. R.	Valor \$	Valor \$	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$

01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

35. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES ¿Realizó pagos por:

1. Lentes, audifonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, elementos para terapias, etc.)

Sí 1
No 2

2. Cirugías o procedimientos ambulatorios?

Sí 1

A través de EPS 1

Médico particular 2

Plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) 3

No 2

C. R.	Valor \$	C. R.	1	2	3
C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	Valor \$	Valor \$

36. ¿Actualmente ... fuma (cigarrillo, tabaco, vapeador o cigarrillo electrónico)

Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más

Frecuencia:

1 Cigarrillo, tabaco? Sí 1 Diariamente 1
No 2 Algunos días de la semana 2
Menos de una vez por semana 3

2 Vapeador o cigarrillo electrónico? Sí 1
No 2

Cigarrillo o tabaco			
¿fuma actualmente?	Frecuencia	¿Cuántos cigarrillos al día?	vapeador o cigarrillo electrónico

37. ¿... consume bebidas azucaradas (gaseosas, refrescos, bebidas de jugos de frutas procesadas, té endulzado, refrescos en polvo)?

Sí 1

Formule esta pregunta solo para personas de 2 años y más.

Con qué frecuencia consume las bebidas azucaradas:

Todos los días de la semana (dos o más veces al día) 1
Todos los días de la semana (una vez al día) 2
Cuatro a seis veces a la semana 3
Dos o tres veces a la semana 4
Una vez a la semana 5
Menos de una vez por semana 6

No 2

C. R.	Frecuencia de consumo
-------	-----------------------

38. ¿... consume alimentos de paquete (papas, plátanos, chitos, paquete mixto, rosquitas, chicharrones o similares)?

Sí 1

Formule esta pregunta solo para personas de 2 años y más

Con qué frecuencia consume alimentos de paquete:

Todos los días de la semana (dos o más veces al día) 1
Todos los días de la semana (una vez al día) 2
Cuatro a seis veces a la semana 3
Dos o tres veces a la semana 4
Una vez a la semana 5
Menos de una vez por semana 6

No 2

C. R.	Frecuencia de consumo
-------	-----------------------

01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>39. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado/a?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Si es mujer y D4>=10, pase a 43. Si D4<6, pase a 46. Si es hombre >5 años o si es mujer entre 6 y 9 años, termine capítulo.</p>	<p>40. ¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización? (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4. Secretaría de salud o la alcaldía</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>5. Recursos propios o familiares</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table> <p>Si estuvo hospitalizado/a más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</p>		Sí	No	1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	5. Recursos propios o familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<p>41. ¿Cuánto pagó en total ...por esta hospitalización?</p> <p>A través de EPS <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Servicio particular o plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>1. Valor \$</p> <p>2. Valor \$</p>	<p>42. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:</p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>43. ¿... ha estado embarazada alguna vez en su vida?</p> <p>Para mujeres de 10 años y más</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Termina capítulo</p> <p>Si no ha tenido hijos vivos y tiene más de 49 años, termina capítulo</p> <p>Si tiene más de 49 años, termina capítulo</p> <p>C. R. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? ¿A qué edad tuvo su primer hijo?...</p>
	Sí	No																				
1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
5. Recursos propios o familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
01	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					
02	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					
03	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					
04	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					
05	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					
06	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					
07	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					
08	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					
09	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																					

F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

<p>1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?</p> <p>Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil u otra modalidad de cuidado diario del ICBF o colegio <input type="checkbox"/> 1 Pase a 3</p> <p>Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con empleado/a o niño/a en la casa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Al cuidado de un/a pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Al cuidado de un/a pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En casa solo <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>2. ¿Cuál es la razón principal por la que ... no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil, otra modalidad de cuidado diario del ICBF o colegio?</p> <p>No hay una institución cercana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Es muy costoso <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No encontró cupo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Prefiere que no asista todavía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Tiene un/a familiar en la casa que lo/la cuida <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Considera que no está en edad de asistir o es recién nacido/a <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Temor a que el niño/a se contagie de alguna enfermedad <input type="checkbox"/> 8</p> <p>No lo reciben por la edad <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Enfermedad o discapacidad <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Falta de documentos <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Asiste a una modalidad donde no hay atención todos los días <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 13</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Después de diligenciar esta pregunta pase a 12.</p>	<p>3. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste?</p> <p>Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Centro de desarrollo infantil público <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Otra modalidad de cuidado diario del ICBF (pilotaje, unidad comunitaria de atención, otra) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Jardín o colegio oficial <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Jardín o colegio privado <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>4. Durante este año escolar ¿pagó matrícula para ... ?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí</p> <p><input type="checkbox"/> 2 No</p>		
C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	Valor \$

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (continuación)

Durante este AÑO ESCOLAR, el hogar:				El hogar paga:				11. ¿El mes pasado se hicieron pagos para ... por algún otro concepto en ese establecimiento?					
5. ¿Pagó uniformes para ... ?		6. ¿Pagó en el establecimiento educativo libros, útiles escolares o elementos de aseo para ... ?		7. ¿Compró libros y útiles escolares por fuera del establecimiento para ... ?		8. ¿Pensión o cuota de participación para ... ?		9. ¿Transporte para ... ?		10. ¿Al establecimiento alimentación para ... ?		11. ¿El mes pasado se hicieron pagos para ... por algún otro concepto en ese establecimiento?	
Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1	
No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2	
C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor \$
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													

F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (continuación)

12. ¿Recibe o toma ... desayuno o almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?

Sí 1

No 2 Pase a 14

Tenga presente que:

1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al desayuno o almuerzo.
2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.

13. ¿ ... paga por esta alimentación?

Sí, completamente 1

Si, por un pago simbólico 2

a. ¿Valor que paga DIARIO?

b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?

No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste 3

a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?

No paga, la recibe o la lleva del hogar 4

C. R.	2		3
	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)

14. ¿Recibe o toma ... refrigerio en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?

Sí 1

No 2 Pase a 16

Tenga presente que:

1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al refrigerio.
2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.

15. ¿ ... paga por esta alimentación?

Sí, completamente 1

Si, por un pago simbólico 2

a. ¿Valor que paga DIARIO?

b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?

No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste 3

a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?

No paga, la recibe o la lleva del hogar 4

C. R.	2		3
	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)

01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (conclusión)

16. ¿Con quién permanece... después de asistir al hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil, otra modalidad de cuidado diario del ICBF o colegio, o durante la mayor parte del tiempo entre semana?

Si F1= 7 permanece en casa solo/a, no formule esta pregunta y termine capítulo

Una persona de este hogar Número de orden → Pase a 19

Una persona de otro hogar

17. ¿Cuántos años tiene esta persona?

18. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?

- Algunos años de primaria
- Toda la primaria
- Algunos años de secundaria
- Toda la secundaria
- Uno o más años de técnica o tecnológica
- Técnica o tecnológica completa
- Uno o más años de universidad
- Universitaria completa
- Ninguno
- No sabe

19. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza esta persona con ...?

- Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos
- Contarle cuentos o relatos
- Realizar actividades artísticas o manualidades
- Cantar
- Tocar algún instrumento musical
- Realizar juegos y rondas
- Salir al parque
- Ver televisión
- Realizar alguna actividad deportiva
- Juegos o actividades con dispositivos electrónicos (computador, tablet, consolas de videojuegos, etc.)
- Otras, ¿cuáles?
- Ninguna

20. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?

- Todos los días
- Al menos una vez a la semana, pero no cada día
- Al menos una vez al mes, pero no cada semana
- Al menos una vez al mes, pero no todos los meses

C. R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años				
-------	-----------------	--------	-------	------	--	--	--	--

Termine capítulo

01								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>
02								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>
03								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>
04								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>
05								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>
06								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>
07								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>
08								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>
09								<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>

G. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más)

<p>1. ¿Sabe leer y escribir?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Si es menor de 35 años, continúe. Si tiene 35 años o más, pase a 4.</p>	<p>3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie?</p> <p>Considera que no está en edad escolar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Considera que ya terminó <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Falta de dinero o costos educativos elevados <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños/as y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas con discapacidad, etc.) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Por embarazo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Falta de cupo <input type="checkbox"/> 7</p> <p>No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Necesita trabajar <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No le gusta o no le interesa el estudio <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Por enfermedad <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Necesita educación especial <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante <input type="checkbox"/> 14</p> <p>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos) <input type="checkbox"/> 15</p> <p>Falta de documentos <input type="checkbox"/> 16</p> <p>Diligencias en proceso de transición entre niveles <input type="checkbox"/> 17</p> <p>Recibe o asiste a otro tipo de educación (guardería, jardín, programa de primera infancia del ICBF, en casa, validación, cursos, diplomados) <input type="checkbox"/> 18</p> <p>Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 19</p> <p style="text-align: center;">C. R. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>	<p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Espere respuesta</p>	<p>4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y el último año o grado aprobado en este nivel?</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Preescolar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Básica primaria (1.º-5.º) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Básica secundaria (6.º-9.º) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Media (10.º-13.º) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnico sin título <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Técnico con título <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Tecnológico sin título <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Tecnológico con título <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Universitario sin título <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Universitario con título <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Posgrado sin título <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Posgrado con título <input type="checkbox"/> 13</p>
---	--	--	--	--

Si es menor de 18 años, pase a pregunta 31. De lo contrario, termine capítulo.

C. R.	Otra razón, ¿cuál?	Nivel	Grado o año aprobado:
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

G. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (continuación)

<p>9. ¿En qué jornada estudia ...?</p> <p>Mañana <input type="text" value="1"/></p> <p>Tarde <input type="text" value="2"/></p> <p>Noche <input type="text" value="3"/></p> <p>Única o completa <input type="text" value="4"/></p> <p>Fin de semana <input type="text" value="5"/></p>	<p>10. ¿En qué modalidad(es) o a través de qué medio(s) se encuentra estudiando ... actualmente?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>1. Presencial</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>2. Virtual (a través de internet en computador de escritorio, portátil, tableta o celular)</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>3. Alternancia entre presencial y virtual</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>4. Otro. ¿Cuál?</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Si opciones 1 o 3 son "Sí", modalidad es presencial o alternancia, continúe. De lo contrario: i) G6=1, 2, 3 o 4, pase a 15. ii) G6 >4, pase a 17.</p> </div>		Sí	No	1. Presencial	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	2. Virtual (a través de internet en computador de escritorio, portátil, tableta o celular)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	3. Alternancia entre presencial y virtual	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	4. Otro. ¿Cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<p>11. El establecimiento educativo se localiza en:</p> <p style="text-align: right;">Este municipio <input type="text" value="1"/></p> <p style="text-align: right;">Otro municipio <input type="text" value="2"/></p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:5%; text-align: center;">C.R.</td> <td style="width:35%; text-align: center;">Departamento</td> <td style="width:35%; text-align: center;">Municipio</td> <td style="width:25%; text-align: center;">Código</td> </tr> </table>	C.R.	Departamento	Municipio	Código
	Sí	No																			
1. Presencial	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																			
2. Virtual (a través de internet en computador de escritorio, portátil, tableta o celular)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																			
3. Alternancia entre presencial y virtual	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																			
4. Otro. ¿Cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																			
C.R.	Departamento	Municipio	Código																		

01		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			
02		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			
03		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			
04		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			
05		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			
06		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			
07		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			
08		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			
09		1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> _____			

G. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (continuación)

<p>11A. Este establecimiento está ubicado en:</p> <p>Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Corregimiento, inspección de policía o caserío <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Vereda o campo <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>12. ¿Qué medio de transporte utiliza principalmente ... para ir a la institución a la que asiste?</p> <p>Vehículo particular <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Transporte escolar (ruta escolar) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Transporte público <input type="checkbox"/> 3</p> <p>A pie <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Bicicleta <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Caballo, mula <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>13. ¿Cuántos minutos gasta para ir a la institución a la que asiste?</p> <p>Minutos</p>	<p>14. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, refrigerios, almuerzos) en forma gratuita o por un pago simbólico?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C.R. a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$) b. Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)</p>
--	---	---	--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

G. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (continuación)

<p>19. Durante este AÑO ESCOLAR el hogar pagó: ¿Lista de útiles escolares, compra o alquiler de textos para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="font-size: small; background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Una vez diligenciada la pregunta, tenga en cuenta: si (G6= 5, 6, 7 ó 8) el nivel educativo es técnico, tecnológico, universitario o postgrado pase a 23</p>	<p>20. El hogar paga por: ¿Pensión para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>21. El hogar paga por: ¿Transporte escolar para: ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>22. El hogar paga por: ¿Alimentación en el establecimiento educativo para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>23. EL MES PASADO, ¿el hogar gastó en útiles (papel, lápices, cuadernos etc..) material escolar o fotocopias para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="font-size: small; background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">No incluya el valor registrado en G19</p>	<p>24. EL MES PASADO, el hogar realizó otros pagos como: bingos, salidas pedagógicas, etc. en el establecimiento educativo para ...? (Incluya pagos como: eventos culturales, contribuciones para mantenimiento de equipos, sistematización de calificaciones, etc.)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>25. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 27</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimestral <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p> </div>								
C.R.	Valor \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia

01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														

G. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (continuación)

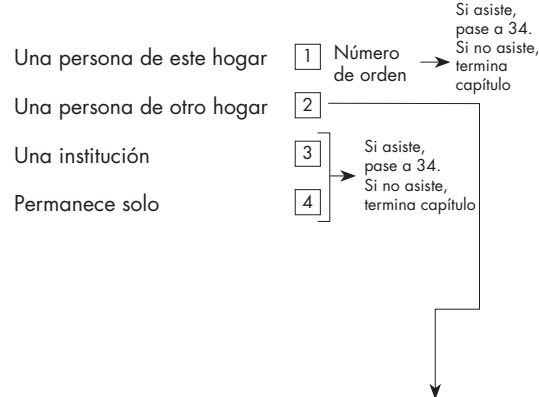
<p>26. ¿De quién recibió la beca para estudiar?</p> <p>De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Icetex <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>27. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 29</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimestral <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>28. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?</p> <p>De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Icetex <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>29. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... ha recibido crédito educativo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 31</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimestral <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>30. ¿Quién le concedió el crédito educativo?</p> <p>Icetex <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fondo Nacional del Ahorro <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Banco o corporación <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Establecimiento educativo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Fundación (ONG) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Cooperativa <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Si es menor de 18 años, continúe. De lo contrario, termine capítulo.</p>
	C. R. Valor (\$)	C. R. Valor (\$)	C. R. Valor (\$)	C. R. ¿Cuál?

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

G. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (conclusión)

31. ¿Con quién permanece... después de asistir al establecimiento educativo o durante la mayor parte del tiempo entre semana?

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.



32. ¿Cuántos años tiene esta persona?

- 33. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?**
- Algunos años de primaria 1
 - Toda la primaria 2
 - Algunos años de secundaria 3
 - Toda la secundaria 4
 - Uno o más años de técnica o tecnológica 5
 - Técnica o tecnológica completa 6
 - Uno o más años de universidad 7
 - Universitaria completa 8
 - Ninguno 9
 - No sabe 10

34. Cuáles de las siguientes actividades realiza ... fuera de la jornada escolar:

- Participa en cursos, talleres o grupos artísticos (música, teatro, danza, pintura, etc.) 1
- Participa en cursos, talleres o grupos de ciencia y tecnología (computación, botánica, robótica, etc.) 2
- Asiste a cursos, prácticas o escuelas deportivas (fútbol, gimnasia, natación, tenis, atletismo, etc.) 3
- Participa en grupos de estudio 4
- Sale al parque 5
- Lee libros 6
- Juega 7
- Ninguna de las anteriores 8

Si asiste, continúe. Si no asiste, termina capítulo.

	C.R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años	
01						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
02						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
03						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
04						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
05						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
06						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
07						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
08						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
09						<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8

Observaciones:

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más)

1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.	2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA? Espere respuesta Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12 Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2 Estudiando <input type="checkbox"/> 3 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4 Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 47 Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6		3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más? Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12 No <input type="checkbox"/> 2	4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos? Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12 No <input type="checkbox"/> 2	5. ¿... trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran? Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12 No <input type="checkbox"/> 2	6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio? Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11 No <input type="checkbox"/> 2
	C. R.	Otra actividad, ¿cuál?				

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>7. ¿Desea... conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 47</p>	<p>8. Durante los últimos 12 MESES, ¿... trabajó por lo menos 2 semanas consecutivas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10</p>	<p>9. Después de su último empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 47</p>	<p>10. Durante los últimos 12 MESES, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 47</p>	<p>11. Si le hubiera resultado algún trabajo a..., ¿estaba disponible LA SEMANA PASADA para empezar a trabajar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 44</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 47</p>	<p>12. ¿Qué hace... en este trabajo?</p>
---	--	---	---	--	---

Código

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>13. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...?</p>	<p>14. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?</p>	<p>15. En este trabajo... es:</p> <p style="text-align: right;">Lea las alternativas</p> <p>Obrero o empleado de empresa particular 1</p> <p>Obrero o empleado del gobierno 2 → Pase a 17</p> <p>Empleado doméstico 3</p> <p>Profesional independiente 4</p> <p>Trabajador independiente o por cuenta propia 5</p> <p>Patrón o empleador 6</p> <p>Trabajador de finca, tierra o parcela PROPIA, EN ARRIENDO, APARCERÍA, USUFRUCTO O POSESIÓN 7 → Pase a 31</p> <p>Trabajador sin remuneración 8</p> <p>Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados del servicio doméstico, mayordomos, jornaleros, etc.) 9 → Pase a 33</p> <p>Jornalero o peón 10 Pase a 17</p>	<p>16. ¿Para realizar este trabajo tiene... algún tipo de contrato?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a 31</p>
		Código	

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

17. ¿Qué tipo de contrato tiene, verbal o escrito?		18. ¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?		19. ¿Está afiliado/a por una empresa o individualmente a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL) (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?		20. ¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?		21. Antes de descuentos, ¿cuánto ganó... el MES PASADO en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya horas extras, viáticos y pagos en especie.)		Observaciones:
Verbal	1	A término indefinido	1	Sí	1	Si es menos de un mes, escriba 00.		Si no recibe salario en dinero, escriba 00.		
Escrito	2	A término fijo	2	No	2					
		El número de meses se refiere al contrato vigente.		No sabe, no informa						
				Si en pregunta H 15 = 4 o 5 pase a la pregunta 31.						
C. R.		Número de meses				Meses		Valor mensual (\$)		
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

22. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió alimentos como parte de pago por su trabajo?		23. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?		24. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió otros ingresos en especie por su trabajo <small>(electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)?</small>		25. ¿Normalmente... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?		26. El MES PASADO, ¿... recibió subsidio de alimentación en dinero?		27. El MES PASADO, ¿... recibió auxilio de transporte en dinero?	
Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1
No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2
No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9
C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

28. El MES PASADO, ¿... recibió subsidio familiar en dinero?		29. El MES PASADO, ¿... recibió primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero?		30. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:							
				Después de diligenciar pase a la pregunta 33							
				1. ¿Prima de servicios?	2. ¿Prima de navidad?	3. ¿Prima de vacaciones?	4. ¿Bonificaciones?	5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?			
Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1		
No	2	No	2	No	2	No	2	No	2		
No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9		
C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>31. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO ?</p> <p>Si no obtuvo ganancias, escriba 00.</p>	<p>32. ¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?</p> <p>Solo para centros poblados y área rural dispersa</p>	<p>33. ¿Cuántas personas, incluido/a usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?</p> <p>Espera respuesta</p> <p>Trabaja solo/a <input type="checkbox"/> 1</p> <p>2 a 3 personas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>4 a 5 personas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11 a 19 personas <input type="checkbox"/> 5</p> <p>20 a 30 personas <input type="checkbox"/> 6</p> <p>31 a 50 personas <input type="checkbox"/> 7</p> <p>51 a 100 personas <input type="checkbox"/> 8</p> <p>101 o más personas <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>34. Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?</p> <p>Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En la vivienda que habita <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a 38</small></p> <p>En otras viviendas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>En kiosco-caseta <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Puerta a puerta <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario) <input type="checkbox"/> 7</p> <p>En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8</p> <p>En una obra de construcción <input type="checkbox"/> 9</p> <p>En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>35. La empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja está ubicada en:</p> <p>En este municipio <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En otro municipio <input type="checkbox"/> 2</p>			
<p>Honorarios o ganancia neta en el MES PASADO (\$)</p>	<p>Honorarios o ganancia neta en los ÚLTIMOS 12 MESES (\$)</p>			<p>C. R.</p>	<p>Departamento</p>	<p>Municipio</p>	<p>Código</p>
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

36. El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:	37. ¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo? (incluya tiempo de espera del medio de transporte)	38. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?	39. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?	40. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?	
Bus intermunicipal <input type="checkbox"/> 1 Bus urbano <input type="checkbox"/> 2 A pie <input type="checkbox"/> 3 Metro <input type="checkbox"/> 4 Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5 Taxi <input type="checkbox"/> 6 Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7 Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8 Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 9 Caballo <input type="checkbox"/> 10 Moto <input type="checkbox"/> 11 Bicicleta <input type="checkbox"/> 12 Otro <input type="checkbox"/> 13				<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Solo realice esta pregunta si H39 es menor a H38.</div> Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> 1 Festivos <input type="checkbox"/> 2 Vacaciones <input type="checkbox"/> 3 Capacitación <input type="checkbox"/> 4 Suspensión o terminación del empleo <input type="checkbox"/> 5 Reducción de la actividad económica de la empresa o del negocio <input type="checkbox"/> 6 No tiene horario (trabajo ocasional, por días, independiente) <input type="checkbox"/> 7 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8	
	Minutos	Horas	Horas	C. R.	Otra, ¿cuál?
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>41. ¿Desea trabajar más horas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a la 42A</small></p>	<p>42. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha hecho alguna diligencia para trabajar más horas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>42A. ¿Durante los últimos 12 meses ha trabajado bajo la modalidad de teletrabajo o trabajo en casa?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Por qué razón?</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>1. Su empresa utiliza esa modalidad</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>2. Razones de salud</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>3. Trabaja como independiente desde su casa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>4. Otra, ¿cuál? _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> </table> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		Sí	No	1. Su empresa utiliza esa modalidad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	2. Razones de salud	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	3. Trabaja como independiente desde su casa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	4. Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>43. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el mes pasado tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;"> Después de diligenciar pase a 48. </div> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>44. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo?</p>	<p>45. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?</p> <p>Por primera vez <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Trabajó antes <input type="checkbox"/> 2</p>
	Sí	No																		
1. Su empresa utiliza esa modalidad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1																		
2. Razones de salud	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1																		
3. Trabaja como independiente desde su casa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1																		
4. Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1																		
C. R.		Razones	C. R.	Valor total percibido (\$)	Número de semanas															

01			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			
02			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			
03			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			
04			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			
05			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			
06			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			
07			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			
08			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			
09			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 _____			

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

46. ¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?

47. El mes pasado ¿recibió algún ingreso por concepto de trabajo?

48. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?

49. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente:

Si en pregunta 45 respondió 1, no haga esta pregunta.

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más.

- Sí 1
 - No 2
 - Ya es pensionado 3
- Pase a 50

- Fondo privado? 1
- Colpensiones? 2
- Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Magisterio, etc.?) 3
- Programa de Subsidio al Aporte en Pensión? 4
- No sabe 5

	Código	C. R.	Valor (\$)
--	--------	-------	------------

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>50. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>	<p>51. El mes pasado ..., ¿recibió algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos/as menores de 18 años? (incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes)</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>	<p>52. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>	<p>53. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>	<p>54. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió algún ingreso por concepto de ayudas en dinero proveniente de otros hogares o instituciones? (padres, hijos/as, familiares, amigos/as)</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p> <p style="margin-left: 20px;">El dinero provino de:</p> <p style="margin-left: 40px;">Fuera del país 1</p> <p style="margin-left: 40px;">Dentro del país 2</p> <p style="margin-left: 40px;">Ambas partes 3</p>	<p>55. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por venta de propiedades? (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>					
C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	¿De dónde provino el dinero?	C. R.	Valor (\$)

01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

I. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (Para personas de 5 años y más)

1A. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador de escritorio (en cualquier lugar)?	1B. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador portátil (en cualquier lugar)?	1C. ¿Con qué frecuencia utiliza... tableta (en cualquier lugar)?	2. ¿Con qué frecuencia utiliza... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?	3. ¿Cuáles de las siguientes actividades sabe hacer... en el computador de escritorio, portátil, tableta o cuando utiliza internet: Solo para personas que en preguntas 1a, 1b, 1c o 2, respondieron opciones 1 a 4.
Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1	1. Usar procesadores de texto (Word, Google Docs, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	2. Usar las funciones de copiar y pegar para duplicar o mover información entre documentos, dispositivos o en el almacenamiento utilizado través de internet? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3	3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
No utiliza computador de escritorio <input type="checkbox"/> 5	No utiliza computador portátil <input type="checkbox"/> 5	No utiliza tableta <input type="checkbox"/> 5	No utiliza internet <input type="checkbox"/> 5 Si en preguntas 1a, 1b, 1c y 2 responde opción 5, pase a 7	5. Usar fórmulas matemáticas básicas en una hoja de cálculo (Excel, OpenOffice Calc, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				6. Crear presentaciones mediante un programa especializado para ello (Power Point, Prezi, otros)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				7. Transferir archivos entre dispositivos o por internet (computador, USB, celular, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				8. Buscar, descargar, instalar o configurar programas computacionales (software) o aplicaciones? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				9. Utilizar un lenguaje de programación especializado? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				10. Implementar medidas de seguridad efectivas para proteger dispositivos y cuentas de internet (contraseñas fuertes, notificación de intento de conexión, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				11. Limitar la difusión de datos o información personal en dispositivos, cuentas o aplicaciones de internet (nombre, información de contacto, fotografías, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				12. Comprobar que las noticias o información que consulta o recibe a través de internet son ciertas o verdaderas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				Si en pregunta 2 respondió opción 5, pase a 7

01				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
02				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
03				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
04				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
05				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
06				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
07				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
08				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
09				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 10. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 11. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

I. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (Para personas de 5 años y más) (continuación)

<p>4. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet:</p> <p>Computador de escritorio? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Computador portátil? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Tableta? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Teléfono celular? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Televisor inteligente? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p> <p style="text-align: center;">Solo para personas que en pregunta 2 respondieron opciones 1 a 4</p>	<p>5. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet:</p> <p>En el hogar? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En el trabajo? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En la institución educativa? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>En centros de acceso público gratis? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En centros de acceso público con costo (café internet)? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>En la vivienda de otra persona (pariente, amigo/a, vecino/a)? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En desplazamiento de un sitio a otro (sea en vehículo o a pie)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro sitio? <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>6. ¿Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza...internet:</p> <p>Obtener información? (Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Enviar o recibir correos electrónicos? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Redes sociales? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Comprar/ordenar productos o servicios? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Banca electrónica y otros servicios financieros? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Educación y aprendizaje? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Trámites con entidades del gobierno (nacional, departamental o municipal)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Descargar software, imágenes, juegos, música o jugar en línea? <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Consulta de medios de comunicación (periódicos, revistas, radio, televisión, medios digitales, etc.)? <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Ver Televisión, videos, películas u otro contenido audiovisual para entretenimiento? <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Buscar trabajo (inscribirse en una plataforma, aplicación o convocatoria de empleo)? <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Servicios en la nube (guardar información, editar archivos, etc.)? <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Vender productos o servicios? <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Trabajar como requisito dentro de su empleo o actividad económica de independiente <input type="checkbox"/> 14</p> <p>Realizar llamadas o video llamadas (telefonía por Internet)? <input type="checkbox"/> 15</p> <p>Publicar o intercambiar opiniones sobre las características y calidad de un bien o servicio? <input type="checkbox"/> 16</p> <p>Subir contenido propio a un sitio web para ser compartido (texto, imágenes, videos, música, audios, fotos, software, etc.)? <input type="checkbox"/> 17</p> <p>Consulta de información con fines educativos (tareas, trabajos, investigaciones, enciclopedias en línea)? <input type="checkbox"/> 18</p> <p>Gestiones médicas (pedir citas, recibir atención, otros trámites) <input type="checkbox"/> 19</p> <p>Usar herramientas de Inteligencia Artificial (chatbot, diseño, escritura, video) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 21</p> <p style="text-align: center;">Después de diligenciar esta pregunta, pase a 8</p>
---	--	--

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 _____

J. TRABAJO INFANTIL (Para personas de 5 a 11 años)

<p>1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.</p>	<p>2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?</p> <p>Espera respuesta</p> <p>Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6</p> <p>Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Estudiando <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 7</p> <p>Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6</p>		<p>3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pasa a 6</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		<p>4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		<p>5. ¿...trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 7</p>		<p>6. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?</p>		<p>7. Adicional a las actividades que me informó haber realizado la semana pasada, ¿realizó oficios en su hogar sin que le pagaran?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	
	C. R.	Otra actividad, ¿cuál?							Código	C. R.	¿Cuántas horas?	

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

K. TENENCIA Y FINANCIACIÓN DE LA VIVIENDA QUE OCUPA EL HOGAR

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

- Propia, totalmente pagada 1 → Pase a 3
- Propia, la están pagando 2
- En arriendo o subarriendo 3 → Pase a 10
- Con permiso del propietario/a, sin pago alguno (usufructuario/a) 4
- Posesión sin título (ocupante de hecho) 5 → Pase a 9
- Propiedad colectiva 6

2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ _____

Si tienen varios préstamos, coloque el valor correspondiente a la sumatoria

3. ¿Algún miembro de este hogar tiene seguros de vivienda? (contra desastres naturales, incendio, robo, daño)?

- Sí 1
- No 2

4. ¿Algún miembro de este hogar tiene escritura registrada de esta vivienda?

- Sí 1
- No 2 Pase a 6

Observaciones:

5. La escritura está a nombre de:

- Solo una persona del hogar 1 Número de orden
- Nombre: _____
- Dos o más personas del hogar 2
- ¿Cuántas? _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Personas del hogar con personas de otro hogar 3

6. El año pasado ¿cuánto pagó por impuesto predial de esta vivienda?

\$ _____

¿A cuántos años corresponde el pago?

7. El año pasado ¿cuánto pagó por impuesto de valorización?

\$ _____

8. Si usted quisiera vender esta vivienda, ¿cuál sería el precio mínimo en que la vendería?

Valor \$ _____

9. Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto estima que tendría que pagar mensualmente?

Valor \$ _____ Pase a 12

10. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo?

Valor \$ _____

Excluya el pago de administración o celaduría

11. ¿Qué tipo de contrato de arriendo tiene?

- Verbal 1
- Escrito 2

12. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de administración o celaduría?

Valor \$ _____

13. ¿En los últimos doce meses, algún miembro del hogar recibió subsidio del gobierno o de otra institución en dinero o en especie para la compra, construcción, mejora, titulación o escrituración de vivienda, casalote o lote?

- Sí 1
1. ¿En dinero? Sí 1 Valor \$ _____
No 2
2. ¿En especie? Sí 1 Valor estimado \$ _____
No 2
- No 2

Observaciones:

L. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (Para el jefe/a de hogar o su cónyuge)

1. ¿Quién contesta el capítulo?

Jefe/a de hogar 1

Cónyuge 2

2. ¿Cómo se siente en el barrio, pueblo o vereda donde vive?

Seguro/a 1

Inseguro/a 2

3. Durante los últimos 12 MESES, ¿de cuáles de los siguientes hechos ha sido víctima usted o algún miembro del hogar?

- | | Sí | No |
|---|---|---|
| 1. Atracos o robos | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Otro hecho violento (homicidios, asesinatos, secuestros, lesiones personales, violaciones, extorsiones, desalojos) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuáles de los siguientes problemas sabe usted se presentaron en su barrio, centro poblado o vereda:

- | | Sí | No |
|--|---|---|
| 1. Hurtos (a personas, residencias, comercio, vehículos) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Homicidios | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Extorsiones | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Riñas | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Vandalismo | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 6. Consumo de drogas | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 7. Petardos o granadas | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 8. Hurto de ganado o semovientes | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 9. Paros armados | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 10. Siembra de cultivos ilícitos | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 11. Minería ilegal | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 12. Deforestación o tala de árboles | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 13. Contaminación de recursos hídricos | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 14. Violaciones sexuales | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 15. Acoso sexual en espacios públicos ("piropos", manoseo, exhibicionismo, intentos de violación, etc.). | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

5. Durante los últimos 12 meses, ¿usted tuvo conocimiento de la presencia de algunos de los siguientes grupos en el barrio, centro poblado o vereda...

- | | Sí | No |
|--|---|---|
| 1. Combos, pandillas, parches o grupos con fines delincuenciales | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 2. Expendedores de droga | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Barrismo social (barras bravas) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Guerrilla | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Grupos armados organizados | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

6. ¿Usted se considera pobre?

Sí 1

No 2

7. Los ingresos de su hogar:

- No alcanzan para cubrir los gastos mínimos 1
- Alcanzan para cubrir los gastos mínimos 2
- Cubren más que los gastos mínimos 3

8. ¿Durante los últimos 12 MESES, algún miembro de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal por concepto de:

1. Colombia Mayor (programa para adultos mayores)?
- Sí 1 →
- ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
- \$ _____
- No 2
- ¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?
2. Componente "Colombia sin hambre" del programa Renta ciudadana?
- Sí 1 →
- ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
- \$ _____
- No 2

8. ¿Durante los últimos 12 MESES, algún miembro de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal por concepto de: (continuación)

3. Componente "Devolución del IVA" del programa Renta ciudadana?
- ¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?
- Sí 1 →
- ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
- \$ _____
- No 2
4. Otro/s?
- Sí 1 →
- ¿Cuántos programas?
- ¿Cuál es el nombre de la ayuda o subsidio recibido?
- _____
- ¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?
- ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
- \$ _____
- No 2

9. ¿Cuántas libras de arroz consumió este hogar la semana pasada dentro del hogar?

Libras _____

Gramos _____

L. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (Para el jefe/a de hogar o su cónyuge) (continuación)

10. ¿Cuáles de los siguientes bienes o servicios posee este hogar?

	Sí	No
1. Máquina lavadora de ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nevera o refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estufa eléctrica o de gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Plancha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Equipo de sonido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Suscripción a plataformas de transmisión de video o música por internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tv a color convencional (cuadrado o gordo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tv LCD, plasma o LED (delgado o diseño plano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ventilador o abanico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Consolas para juegos electrónicos: Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Carro particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos? _____		
14. Moto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas? _____		
15. Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Patineta eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Casa, apartamento o finca de recreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Computador de escritorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos? _____		
19. Computador portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos? _____		
20. Tableta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas? _____		

11. ¿Cuál es la principal razón por la que el hogar no tiene computador (de escritorio, portátil o tableta)?

Solo para hogares que en L10 en las opciones 18, 19 y 20 respondieron NO

No están interesados	<input type="checkbox"/>
No saben cómo usarlo	<input type="checkbox"/>
Es demasiado costoso	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>

12. ¿El hogar tiene conexión a internet?

Sí	<input type="checkbox"/>	→	<table border="0"> <tr><td>Fijo</td><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Móvil</td><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Fijo	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Móvil	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si tiene internet, pase a 14
Fijo	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>										
Móvil	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>										
No	<input type="checkbox"/>													

13. ¿Cuál es la razón principal por la que el hogar no tiene conexión a internet?

Es muy costoso	<input type="checkbox"/>
No lo considera necesario	<input type="checkbox"/>
No tiene un dispositivo para conectarse	<input type="checkbox"/>
Puede acceder desde el trabajo, la institución educativa, la vivienda de otra persona	<input type="checkbox"/>
Puede conectarse sin costo desde lugares de acceso público	<input type="checkbox"/>
No sabe usarlo	<input type="checkbox"/>
No hay cobertura en la zona	<input type="checkbox"/>
Aunque en la zona hay cobertura, la calidad del servicio es deficiente	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>

14. ¿Qué servicios usa el hogar para ver televisión?

Solo para hogares que en L10 en las opciones 8 o 9 respondieron Sí.

1. Señal abierta	<input type="checkbox"/>	→	<table border="0"> <tr><td>a. Análoga</td><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. TDT</td><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	a. Análoga	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	b. TDT	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
a. Análoga	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>									
b. TDT	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>									
2. Cable	<input type="checkbox"/>												
3. Satelital	<input type="checkbox"/>												
4. IPTV	<input type="checkbox"/>												

15. ¿Cuánto tiempo gastaría usted caminando para llegar a los siguientes servicios o establecimientos más cercanos a la vivienda?

	Minutos
1. Paradero o estación de transporte público	_____
2. Establecimiento educativo o de cuidado de niños y niñas (colegio, jardín infantil, hogar comunitario o centro de desarrollo infantil)	_____
3. Hospital o centro de salud	_____
4. Supermercado o tienda	_____
5. Plaza de mercado	_____
6. Estación de policía o CAI	_____
7. Droguería o farmacia	_____
8. Parque o zonas verdes	_____
9. Escenarios culturales o recreativos (biblioteca, casa de la cultura, teatro, etc.)	_____
10. Espacios deportivos (cancha, pista, coliseo)	_____
11. Banco, cajero automático o corresponsal bancario	_____
12. Centro de venta o acopio (sólo para centros poblados y rural disperso)	_____

16. En los últimos 12 meses, ¿cuáles de los siguientes eventos se presentaron en su hogar?

1. El jefe/a de hogar perdió su empleo	<input type="checkbox"/>
2. El/la cónyuge perdió su empleo	<input type="checkbox"/>
3. Otro miembro del hogar perdió su empleo	<input type="checkbox"/>
4. Tuvieron que cerrar el negocio del cual derivaban su ingreso	<input type="checkbox"/>
5. No pudieron vender la producción de su finca o negocio	<input type="checkbox"/>
6. Se atrasaron en el pago del jardín o colegio	<input type="checkbox"/>
7. No pudieron pagar la universidad o la matrícula del programa técnico o tecnológico	<input type="checkbox"/>
8. Se atrasaron en el pago de la vivienda (arrendamiento o cuota del crédito)	<input type="checkbox"/>
9. Se atrasaron en el pago de administración o celaduría	<input type="checkbox"/>
10. Se atrasaron en el pago de servicios públicos	<input type="checkbox"/>
11. Se atrasaron en el pago de impuestos (predial, valorización o renta)	<input type="checkbox"/>
12. Ninguno de las anteriores	<input type="checkbox"/>

Pase a L18

L. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (Para el jefe/a de hogar o su cónyuge) (conclusión)

17. ¿Qué medidas tomaron para hacerles frente a estos eventos?

- 1. Uno o más miembros del hogar que no trabajaban empezaron a trabajar
- 2. Adoptaron nuevas fuentes de ingreso
- 3. Se fueron a vivir con familiares o acogieron a un familiar
- 4. Gastaron parte o todos sus ahorros
- 5. Se endeudaron o ampliaron el plazo de alguna(s) deuda(s)
- 6. Vendieron algunos bienes o activos (moto, carro, electrodoméstico, lote)
- 7. Vendieron o dieron en pago la vivienda ocupada por el hogar
- 8. Retiraron hijos/as de la escuela, colegio o jardín
- 9. Retiraron hijos/as de la universidad o de la carrera técnica o tecnológica
- 10. Disminuyeron el gasto en alimentos
- 11. Pidieron ayuda del gobierno local o nacional o de otras entidades
- 12. Pidieron ayuda a familiares, amigos u otras personas del barrio, pueblo o vereda
- 13. Solicitaron subsidio al desempleo
- 14. Otra, ¿cuál?

18. ¿Cómo considera usted la situación económica de su hogar comparada con la de hace 12 meses?

- Mucho mejor
- Mejor
- Igual
- Peor
- Mucho peor

19. ¿Cómo cree usted que será la situación económica de su hogar dentro de 12 meses comparada con la actual?

- Mucho mejor
- Mejor
- Igual
- Peor
- Mucho peor

20. ¿Cómo considera hoy la situación económica del país comparada con la de hace 12 meses?

- Mucho mejor
- Mejor
- Igual
- Peor
- Mucho peor

21. ¿Cómo considera que será la situación económica del país dentro de 12 meses comparada con la situación actual?

- Mucho mejor
- Mejor
- Igual
- Peor
- Mucho peor

22. Comparando la situación económica actual con la de hace un año, ¿tiene en este momento mayores posibilidades de comprar ropa, zapatos, alimentos, etc.?

- Si
- Igual posibilidad
- No

23. Comparando la situación económica actual con la de hace un año, ¿cómo considera las posibilidades de que usted o alguno de los integrantes de su hogar realicen compras tales como muebles, televisor, lavadora, otros aparatos electrodomésticos, etc.?

- Mayores
- Igual
- Menores

24. Durante los últimos 12 meses, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS hubo algún momento en que usted u otra persona del hogar:

- | | Sí | No | No sabe/
no informa |
|---|---|---|---|
| 1. Se preocupó por no tener suficientes alimentos para comer | <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> |
| 2. No pudo comer alimentos saludables y nutritivos | <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> |
| 3. Consumió poca variedad de alimentos | <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> |
| 4. Tuvo que saltar una comida (desayuno, almuerzo, comida o cena) | <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> |
| 5. Comió menos de lo que pensaba que debía comer | <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> |
| 6. El hogar se quedó sin alimentos | <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> |
| 7. Tuvo hambre pero no comió, debido a la falta de dinero u otros recursos para conseguir alimentos | <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> |
| 8. No comió en un día entero | <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> | <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> |

Observaciones:

M. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

ADQUISICIONES SEMANALES

1. ¿Cuáles de los siguientes alimentos compró el hogar o adquirió sin pago durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS?		Marcar con una X los alimentos adquiridos	2. ¿De dónde lo obtuvieron?
Alimentos			Código respuesta
1	Arroz		1. Compra o pago por parte de algún integrante del hogar
2	Pastas, avenas, trigo, maíz y sus derivados (Incluye harina de trigo, de maíz y precocidas)		2. Negocio del hogar (autosuministro)
3	Pan, harina para tortas, cereal para desayuno, arepas y otros productos de panadería y galletería (para consumir en la vivienda)		3. Regalo, donación, suministro de otros hogares
4	Carne de res y derivados (carne res, carne molida, vísceras)		4. Pago en especie
5	Carne de cerdo (costilla, tocino, vísceras)		5. Intercambio o trueque
6	Carne de aves (gallina, pollo, pavo, otras aves)		6. Autoconsumo
7	Mortadela, jamón, salchichas, salchichón, chorizo y otras carnes frías preparadas		
8	Pescado de río o de mar, otros productos marinos frescos, congelados o enlatados (sardinas, atún, mariscos)		
9	Leche (pasterizada, larga vida, en polvo entera)		
10	Queso y derivados de la leche: crema de leche, yogurt, kumis, suero, mantequilla, avena líquida (para consumir en la vivienda)		
11	Huevos		
12	Aceites, manteca, margarina y otras grasas		
13	Frutas frescas, congeladas o en pulpa (aguacate, mango, maracuyá, banano, guayaba, limón, naranja, mora)		
14	Fríjol seco, arveja seca, lentejas, garbanzos y otros granos		
15	Plátano verde o maduro		
16	Papas, yuca, arracacha, ñame (incluye precocidos y harinas de yuca o plátano)		
17	Arveja verde, fríjol verde, habichuela, zanahoria, tomate, lechuga, pepino, cebolla, ajos y otras verduras		
18	Azúcar, otros endulzantes, bocadillo, mermeladas, miel, compotas, gelatina preparada		
19	Panela		
20	Dulces, caramelos, chocolatinas, helados y refrescos congelados, gelatinas, flanes y pudines en polvo		
21	Maní, mezclas con frutos secos, otra comida de paquete (papas fritas, chitos, maicitos, patacones)		
22	Enlatados, salsas, alimentos precocidos (pizza, lasaña, tamales), leche de fórmula para bebés		
23	Sal, condimentos, sopas y caldos para preparar		
24	Café, chocolate, té, aromáticas		
25	Agua embotellada o en bolsa; gaseosas; refrescos, jugos o té frío líquidos o en polvo, bebidas energizantes		
26	Uno o más de los anteriores alimentos para otros hogares		

M. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (continuación)
SOLO PARA CENTROS POBLADOS Y ÁREA RURAL DISPERSA
3. Generalmente, ¿dónde compran los alimentos no perecederos (granos, cereales, aceites, productos de panadería, etc.) para el hogar?

- En la cabecera de este municipio
- En esta vereda
- En otra vereda del mismo municipio
- En otro municipio
- No compran alimentos no perecederos

SOLO APLICA EN ÁREAS URBANAS (Clase 1)
4. ¿En qué lugar acostumbran hacer la compra de los siguientes alimentos para el hogar?
Lugar de compra:

- Hipermercados o almacenes de cadena
- Supermercados de barrio o graneros
- Tiendas
- Plaza de mercado o galería
- Vendedores ambulantes, mercado móvil o ventas callejeras
- Otros lugares especializados (carnicería, panadería, etc.)
- Autoconsumo o autosuministro
- No compra porque no consume

Código lugar de compra

- Carne, pollo y pescado
- Leche, queso y otros productos lácteos
- Frutas
- Huevos
- Verduras
- Arroz, pastas y otros cereales
- Granos, fríjol, arveja, garbanzo, lenteja, etc.
- Tubérculos y plátanos

DESPERDICIO DE ALIMENTOS
5. ¿Con qué frecuencia se compran o adquieren en el hogar los siguientes alimentos?

		Todos los días	Al menos una vez por semana pero no todos los días	Cada 15 días	Una vez al mes	No se compra ni consume en el hogar
1	Carne, pollo y pescado	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
2	Leche, queso y otros productos lácteos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
3	Frutas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
4	Huevos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
5	Verduras	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
6	Arroz, pastas y otros cereales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
7	Granos, fríjol, arveja, garbanzo, lenteja, etc.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
8	Tubérculos y plátanos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

6. ¿Cuáles de los siguientes alimentos tira o bota el hogar a la basura o a otro lugar (sanitario, lavaplatos, lote, río, quebrada)? No incluya los que se usan para alimentar animales o para abono

Solo para los grupos de alimentos que el hogar compra o consume		Nunca se tira o se bota	Se tira o bota menos de una vez al mes	Se tira o bota varias veces al mes
1	Carne, pollo y pescado	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
2	Leche, queso y otros productos lácteos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
3	Frutas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
4	Huevos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
5	Verduras	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
6	Arroz, pastas y otros cereales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
7	Granos, fríjol, arveja, garbanzo, lenteja, etc.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
8	Tubérculos y plátanos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

7. ¿Cuáles son las razones para que el hogar bote o tire a la basura o a otro lugar algunos(s) de esos alimentos?

1	Se compra más de lo que necesita el hogar	<input type="text" value="1"/>
2	Se prepara más de lo que necesita el hogar	<input type="text" value="1"/>
3	Se cumplen las fechas de consumo o vencimiento	<input type="text" value="1"/>
4	Daños en los alimentos (aspecto, sabor) por exceso de tiempo	<input type="text" value="1"/>
5	Daños en los alimentos (aspecto, sabor) por mala conservación o almacenamiento	<input type="text" value="1"/>
6	Falta de nevera o refrigerador para conservación o cortes de energía que afectan refrigeración	<input type="text" value="1"/>
7	Humedad o temperaturas extremas	<input type="text" value="1"/>

M. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (continuación)

ADQUISICIONES PERSONALES

8. Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, una o más personas del hogar compraron o adquirieron sin pago alguno de los siguientes artículos o servicios:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	9. ¿De dónde lo obtuvieron?
Artículos o servicios			Código respuesta
27	Bebidas alcohólicas (cerveza, aguardiente, ron, vino y otros)		1. Compra o pago por parte de algún integrante del hogar 2. Negocio del hogar (autosuministro) 3. Regalo, donación, suministro de otros hogares 4. Pago en especie 5. Intercambio o trueque
28	Cigarrillos, tabaco y derivados (incluye cigarrillos electrónicos)		
29	Servicio doméstico (interno o por días)		
30	Transporte urbano en bus, buseta, colectivo, metro, taxi, sistema integrado, mototaxi, bicitaxi, aplicaciones, transporte por río		
31	Café internet, minutos de celular		
32	Almuerzos (corriente o a la carta)		
33	Comidas rápidas y bebidas, incluidos productos de panadería, máquinas dispensadoras, puestos en la calle, comida para llevar, domicilio.		
34	Apuestas y juegos de azar (chance, lotería, etc.)		
35	Uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares		

Observaciones:

M. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (continuación)
ADQUISICIONES MENSUALES

10. El PASADO MES de ... los miembros de este hogar compraron o adquirieron sin pago alguno de los siguientes artículos o servicios:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	11. ¿De dónde lo obtuvieron?
Artículos o servicios			Código respuesta
36	Bombillos, pilas, extensiones, multitomas, velas		
37	Jabones, detergentes, blanqueadores, desinfectantes, limpiadores para el hogar		
38	Elementos de aseo, ferretería y desechables (escobas, traperos, cepillos, puntillas, clavos, bolsas para basura, servilletas, platos desechables, encendedores)		
39	Repuestos y accesorios para bicicleta o patineta sin motor para uso del hogar (rines, cadenas, sillines, candados)		
40	Reparación o mantenimiento de vehículo o moto de uso del hogar		
41	Combustible para vehículos de uso del hogar		
42	Aditivos, valvulinas, líquido para frenos, refrigerantes, agua para batería, etc.		
43	Parqueadero, peajes y servicios relacionados con la propiedad del vehículo (matrículas, traspasos, multas, revisión tecnomecánica)		
44	Transporte intermunicipal (incluye transporte por río o mar e interveredal)		
45	Productos y servicios para sostenimiento de mascotas y animales domésticos (alimentos, jabón, acuarios, jaulas, baño, servicios de veterinaria, entrenamiento)		
46	Servicios recreativos y prestados por escenarios deportivos (gimnasio, cursos de deportes, parques de diversiones y juegos mecánicos, organización de fiestas, servicio de billar)		
47	Entrada física o virtual a teatros, museos, conciertos y cines		
48	Servicio de telefonía fija (pago individual)		
49	Servicio de internet fijo (pago individual)		
50	Suscripción a servicio de televisión (pago individual)		
51	Suscripción a plataformas de transmisión de video o música (pago individual)		
52	Combo o paquete con servicios de telefonía, internet fijo, televisión, plataformas de transmisión de video o música		
53	Libros en formato físico o electrónico (no incluye libros escolares); tarjetas, calendarios, afiches		
54	Periódicos y revistas (formato físico o electrónico)		
55	Cursos de educación no formal (idiomas, sistemas, preuniversitarios, seminarios, diplomados, profesores particulares)		
56	Discotecas, bares, tabernas (incluye comida, bebida y entrada)		
57	Corte de pelo, manicure, depilación y otros servicios de cuidado personal		
58	Artículos para la higiene personal (jabón, champú, desodorantes)		
59	Otros artículos de cuidado personal (crema dental, cepillo de dientes, enjuague bucal, toallas femeninas, pañales)		

M. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (continuación)
ADQUISICIONES ANUALES

14. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES de ____ a ____ las personas de este hogar compraron o adquirieron sin pago alguno de los siguientes artículos o servicios:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	15. ¿De dónde lo obtuvieron?
Artículos o servicios			Código respuesta
76	Muebles para el hogar, colchones, espejos que se puedan mover, artículos de decoración y reproducciones de obras de arte (no originales)		
77	Cobijas, manteles, ropa de cama, cortinas, toallas y otros textiles para el hogar		
78	Nevera, estufa, lavadora, horno, otros electrodomésticos y gasodomésticos		
79	Ollas, vajillas, cubiertos, cristalería y otros utensilios de cocina		
80	Carro o automóvil nuevo para uso del hogar		
81	Moto, patineta o bicicleta con motor nuevos para uso del hogar		
82	Bicicleta sin motor nueva para uso del hogar, excepto las utilizadas por los niños		
83	Teléfono celular y accesorios (vidrios, protectores, cargadores) y teléfonos fijos		
84	Equipo de sonido, reproductor de video (DVD, blue ray), cámara digital, reproductor digital de música		
85	TV (convencional, plasma, LCD o LED)		
86	Computador (escritorio, portátil o tableta), dispositivo para lectura de libros, accesorios (monitor, impresora, escáner, tarjeta de memoria)		
87	Programas de computador o software (Office, antivirus, especializados)		
88	Juegos y juguetes infantiles (incluye bicicletas para niños/as), artículos para fiestas (bombas, serpentinas), decoración de navidad (pesebres, árboles)		
89	Consolas para juegos electrónicos (Play station, Xbox, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.) y videojuegos en físico y por internet		
90	Aparatos eléctricos para cuidado personal y reparación (planchas para el pelo, máquinas de afeitar, cepillos eléctricos dentales)		
91	Anillos, relojes y otros artículos de joyería		
92	Reparación de bienes durables (neveras, etc.) y computadores, tabletas, televisores, equipos de sonido, teléfonos celulares, etc.		
93	Pintura y vidrios para el hogar, servicio de pintura e instalación de vidrios (ventanas)		
94	Pasajes en avión		
95	Hoteles, pensiones, posadas, moteles, centros de vacaciones, alojamientos estudiantiles, internados		
96	Excursiones o paquetes turísticos completos, con o sin pernoctar		

M. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (continuación)

ADQUISICIONES ANUALES

14. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES de ____ a ____ las personas de este hogar compraron o adquirieron sin pago alguno de los siguientes artículos o servicios:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	15. ¿De dónde lo obtuvieron?
Artículos o servicios			Código respuesta
97	Certificados y documentos (cédula, registro de nacimiento, de defunción, visa, libreta militar); servicios civiles y religiosos (entierros, bautismos, matrimonios), y pago de honorarios (abogados, contadores)		
98	SOAT y seguros todo riesgo y similares que amparan el vehículo		
99	Impuesto de vehículo, impuesto a la renta y complementarios		
100	Bienes raíces diferentes a la vivienda que ocupan		
101	Animales y semovientes para cría y levante (reses, cerdos, cabras, aves)		
102	Uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares		

Observaciones:



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



@DANEColombia

Diseño, diagramación e impresión
Dirección de Difusión y Cultura Estadística (DICE)
Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)