



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO
NACIONAL
DE ESTADISTICA

**ENCUESTA SOBRE POBREZA Y
CALIDAD DE VIDA
EN SANTAFE DE BOGOTA
1991**

Formulario ampliado

CONFIDENCIAL

Los datos que el Dane solicita en este formulario son estrictamente confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales ni pueden utilizarse como prueba judicial. Decreto 1633/60, artículo 75.

I. IDENTIFICACION

Ciudad	<input type="text"/>	9. Vivienda No.	<input type="text"/>
Alcaldía	<input type="text"/>	10. Hogar No.	<input type="text"/>
Estrato	<input type="text"/>	11. Número de personas en el hogar	<input type="text"/>
Sector No.	<input type="text"/>	12. Resultado de la entrevista	<input type="checkbox"/>
Sección No.	<input type="text"/>	13. Barrio	<input type="text"/>
Manzana No.	<input type="text"/>	14. Dirección	<input type="text"/>
Segmento No.	<input type="text"/>	15. Teléfono	<input type="text"/>
Estructura No.	<input type="text"/>		

INSTRUCCIONES GENERALES PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO

NOTA: Para ampliar y aclarar conceptos, definiciones y metodología, recurra siempre al MANUAL DE RECOLECCION Y CONCEPTOS BASICOS. Estas instrucciones son muy generales y en ningún momento rempazan al MANUAL.

1. Antes de empezar a diligenciar el formulario, averigüe por el jefe del hogar o por una persona mayor de 18 años que tenga el mayor conocimiento sobre la información que se desea solicitar. No acepte, como informante general, a la empleada del servicio doméstico.
2. Diligencie la totalidad del formulario en forma veraz.
3. Anote las respuestas utilizando "X", números arábigos o letra de imprenta bien legible, según sea el caso.
4. No diligencie las casillas sombreadas.
5. Siempre que alguna información consignada necesite aclaraciones, hágalas en la parte correspondiente a "observaciones" anotando el número de la pregunta y, si es del caso, el número de orden de la persona.
6. Al escribir una respuesta, tenga cuidado de no invadir los espacios correspondientes a otras columnas.
7. Cuando marque una "X", hágalo en las casillas en blanco y nunca en las casillas ocupadas por números de la precodificación.
8. Recuerde que las preguntas precodificadas son de dos tipos: unas excluyentes que sólo admiten una alternativa de respuesta y tienen códigos en orden secuencial; y otras que admiten varias alternativas donde todas las respuestas afirmativas se dan marcando el código 1.
9. Antes de diligenciar el formulario precise cuántos hogares hay en la vivienda y cuál de ellos es el principal, para aplicar sólo a éste el CAP. II: "DATOS DE LA VIVIENDA" Los demás capítulos se diligencian obligatoriamente para todos los hogares.
10. Asegúrese que el CAP. I "IDENTIFICACION" esté correctamente diligenciado en todos los cuestionarios en el momento de entregar el material a su supervisor.
11. Los flujos se deben seguir cuidadosamente y ninguna de las preguntas que se tienen que aplicar puede ser omitida. Si por algún motivo no se obtuvo la información, haga las aclaraciones en la parte de "observaciones".

II. DATOS DE LA ESTRUCTURA DONDE ESTA UBICADA LA VIVIENDA (diligencie este capítulo sólo para la primera vivienda de la estructura)

<p>Tipo de estructura</p> <p>1. Estructura fija tipo casa, rancho, choza, cabaña o vivienda de desechos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>2. Estructura fija tipo edificio de apartamentos <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>3. Estructura fija no destinada a vivienda <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>4. Estructura móvil o provisional <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p>	<p>3. ¿Cuántos años hace que fue construída esta estructura?</p> <p>Menos de 1 año <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De 1 a 5 años <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De 6 a 10 años <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De 11 a 20 años <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Mas de 20 años <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>
<p>¿Cuántos pisos tiene esta estructura?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>4. ¿En esta estructura hay locales destinados a industria, comercio, servicios, etc.?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>

III. DATOS DE LA VIVIENDA (diligencie este capítulo sólo para el primer hogar de la vivienda)

<p>Tipo de vivienda</p> <p>1. Casa <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>2. Apartamento <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>3. Cuarto o cuartos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>4. Vivienda en edificación no destinada a habitación <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>5. Vivienda móvil (carpa, tienda, etc.), cueva, refugio natural o puente. <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p>	<p>4. Material predominante de los pisos</p> <p>Madera burda (tablón) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Madera pulida <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Baldosín, mosaico, cemento, mármol, ladrillo, materiales sintéticos o similares <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Tierra <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p>																					
<p>¿La vivienda ha sido ampliada o remodelada en los últimos 5 años?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	<p>5. La vivienda cuenta con servicio de: (marque una x por servicio)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acueducto</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Alcantarillado</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Energía eléctrica</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Teléfono</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Gas por tubería</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Recolección de basuras</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Acueducto	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Alcantarillado	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Energía eléctrica	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Teléfono	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Gas por tubería	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Recolección de basuras	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
	Sí	No																				
Acueducto	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																				
Alcantarillado	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																				
Energía eléctrica	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																				
Teléfono	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																				
Gas por tubería	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																				
Recolección de basuras	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																				
<p>Material predominante de las paredes exteriores</p> <p>1. Ladrillo, bloque, prefabricado o piedra <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>2. Adobe o tapia pisada <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>3. Bahareque <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>4. Guadua, caña o esterilla <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>5. Madera <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>6. Tela, cartón, lata, desechos o plástico <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>																						

III. DATOS DE LA VIVIENDA (continuación)

6. ¿Cuáles de los siguientes servicios hay en el barrio o cerca de la vivienda? (marque una x por opción)

	Sí	No	No sabe
Bus, buseta o colectivo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Centro o puesto de salud	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Guarderías infantiles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Escuelas o colegios con primaria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
CAIS de la policía	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Parques infantiles con juegos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Parques o canchas deportivas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Salones múltiples o comunitarios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Teléfonos públicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Centros nocturnos o de prostitución	1 <input type="checkbox"/>
Calles destapadas o en mal estado	1 <input type="checkbox"/>
Falta de andenes	1 <input type="checkbox"/>
Falta de vigilancia policiva	1 <input type="checkbox"/>
Falta de alumbrado público	1 <input type="checkbox"/>
Ineficiencia de las autoridades policivas	1 <input type="checkbox"/>
Transporte público insuficiente	1 <input type="checkbox"/>
Otros ¿Cuáles? _____	1 <input type="checkbox"/>
Ningún problema	2 <input type="checkbox"/>

7. ¿Cuáles son los problemas de su barrio o sector? (marque x)

Inundaciones	1 <input type="checkbox"/>
Derrumbes o deslizamientos	1 <input type="checkbox"/>
Contaminación ambiental por: ruidos, malos olores, basuras, polución atmosférica, etc.	1 <input type="checkbox"/>
Problemas en el servicio de acueducto	1 <input type="checkbox"/>
Problemas en el servicio de energía	1 <input type="checkbox"/>
Problemas en el servicio de teléfono	1 <input type="checkbox"/>
Problemas en el servicio de recolección de basuras	1 <input type="checkbox"/>
Alcantarillado deficiente	1 <input type="checkbox"/>
Aguas negras sobre superficie	1 <input type="checkbox"/>
Presencia de pandillas	1 <input type="checkbox"/>
Expendio o consumo de droga (bázuco, marihuana, etc)	1 <input type="checkbox"/>
Escándalos o conflictos entre vecinos	1 <input type="checkbox"/>

8. ¿Cuántos cuartos o piezas en total tiene esta vivienda? (no incluya cocinas, baños ni garajes)

9. ¿Cuántos baños tiene esta vivienda?

10. ¿De qué otros espacios dispone esta vivienda? (marque x)

Patio o jardín interior	1 <input type="checkbox"/>
Patio de ropas	1 <input type="checkbox"/>
Jardín exterior privado o comunal	1 <input type="checkbox"/>
Garaje o parqueadero	1 <input type="checkbox"/>
Azotea o terraza	1 <input type="checkbox"/>
Otros espacios. ¿Cuáles? _____	1 <input type="checkbox"/>
Ninguno	2 <input type="checkbox"/>

11. ¿Cuántos grupos de personas (hogares) que preparan los alimentos por separado hay en esta vivienda?

IV. DATOS DEL HOGAR (diligencie este capítulo para todos los hogares de la vivienda)

¿De cuántos cuartos o piezas dispone este hogar? (no incluya cocinas, baños ni garajes)

¿Cuántos de esos cuartos o piezas usan para dormir las personas de este hogar?

¿Cuántos baños usan las personas de este hogar?

En forma exclusiva

En forma compartida

¿Este hogar prepara alimentos en la vivienda?

Sí

No Pase a 7

¿Dónde prepara los alimentos?

En una cocina o cuarto destinado sólo para cocinar

En un cuarto o pieza usado también para dormir

En la sala - comedor

En un patio, corredor o ramada

La cocina o sitio para preparar los alimentos es:

De uso exclusivo de este hogar

De uso compartido con otros hogares

¿De dónde obtiene el agua este hogar?

De acueducto público por tubería

De otra fuente por tubería

De pozo o aljibe

De agua lluvia

De carrotanque

De río, manantial o nacimiento

De pila pública

Otra fuente. ¿Cuál?

¿Dónde está ubicado el suministro de agua?

Dentro de la vivienda Pase a 10

Fuera de la vivienda

9. ¿A cuántas cuadras de la vivienda está el suministro de agua?

A menos de una cuadra

A una cuadra o más

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

Inodoro conectado a alcantarillado

Inodoro conectado a pozo séptico

Inodoro sin conexión

Letrina o bajamar Pase a 12

No tiene servicio sanitario Pase a 14

11. ¿El inodoro tiene tanque de descarga de agua?

Sí

No

12. ¿Dónde está ubicado el servicio sanitario?

Dentro de la vivienda

Fuera de la vivienda

13. El servicio sanitario es:

De uso exclusivo de este hogar

De uso compartido con otros hogares

14. Este hogar dispone de : (marque una x por servicio y alternativa)

		Uso exclusivo	Uso compartido
Cuarto para bañarse	Sí <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	No <input type="text"/>		
Lavamanos	Sí <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	No <input type="text"/>		

15. ¿Tiene este hogar en esta vivienda algún tipo de negocio (taller, tienda, venta de alimentos, almacén, etc.) de propiedad de algún miembro del hogar?

Sí

No Pase a 22

16. ¿A qué actividad se dedica este negocio?

17. ¿Cuántos años hace que tiene este negocio?

18. ¿Cuántas personas trabajan en este negocio ?

Personas del hogar

Personas de fuera del hogar

IV. DATOS DEL HOGAR (continuación)

19. ¿Cuál es la ganancia neta promedio mensual en este negocio?

\$ _____

20. ¿Este negocio funciona en un local, cuarto o pieza destinado exclusivamente a ese fin?

Sí 1

No 2

21. ¿Este negocio fue censado entre julio y septiembre de 1990 por funcionarios del Censo Económico Nacional?

Sí 1

No 2

No existía el negocio 3

No sabe 9

22. La vivienda ocupada por este hogar es:

De propiedad de algún miembro del hogar y está totalmente pagada 1

De propiedad de algún miembro del hogar y la está pagando 2

En arriendo 3

En subarriendo 4

En usufructo 5

Otra modalidad ¿Cuál? 6

Pase a 27

Pase a 26

23. ¿Cómo adquirió este hogar la vivienda o el lote? (marque x)

Con préstamo de :

B.C.H, I.C.T., F.N.A 1

Caja de vivienda 1

Corporación de ahorro y/o Banco Comercial 1

Fondo de empleados o empresa donde trabaja o trabajó 1

Caja de compensación 1

Cooperativa financiera 1

Otras entidades 1

Particulares 1

Con recursos propios 1

Otra forma ¿Cuál? 1

24. ¿El Propietario autoconstruyó esta vivienda?

Sí 1

No 2 Pase a 26

25. La autoconstrucción fue con mano de obra: (marque x)

Familiar y/o amigos 1

De la comunidad 1

Contratada 1

26. Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda ¿cuánto es que tendría que pagar mensualmente?

\$ _____

27. ¿Cuántos años hace que se formó este hogar?

28. ¿Este hogar siempre ha residido en esta vivienda?

Sí 1 Pase a capítulo V

No 2

29. ¿Cuántos años hace que reside este hogar en esta vivienda?

30. ¿Dónde vivía este hogar inmediatamente antes de residir en esta vivienda?

En Bogotá 1

Barrio _____

Calle o diagonal _____

Carrera o transversal _____

Sector

En otro sitio 2

V. GASTOS DEL HOGAR

¿Cuánto gasta este hogar en:

Compra de granos, verduras, pan, leche, huevos, carne, etc. (excluya los productos de aseo) Valor mensual \$ _____	10. Transporte: pasajes, combustible y mantenimiento del vehículo particular Valor mensual \$ _____
Desayunos, almuerzos o comidas tomados fuera de la casa por personas que estudien o trabajen Valor mensual \$ _____	11. Cultura y recreación: Compra de periódicos, revistas, libros, discos, etc. Valor mensual \$ _____
Arriendo o cuotas de amortización Valor mensual \$ _____	12. Servicio de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras Valor bimestral \$ _____
Servicio de teléfono Valor mensual \$ _____	13. Servicio de energía eléctrica Valor bimestral \$ _____
Gas Valor mensual \$ _____	14. Salud: Consultas, exámenes, medicamentos y tratamientos Valor últimos tres meses \$ _____
Cocinol, petróleo o gasolina roja Valor mensual \$ _____	15. Educación: matrículas, pensiones, transporte y alimentación en preescolar, primaria, secundaria o universitaria Valor anual \$ _____
Administración, vigilancia y/o celaduría Valor mensual \$ _____	16. ¿Cuál es aproximadamente el total de gastos mensuales de este hogar? Valor \$ _____
Servicio doméstico Valor mensual \$ _____	17. ¿Este hogar consume alimentos de tienda o negocio de su propiedad? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ¿En cuánto estima el valor mensual de esos productos? \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Cuidado de los niños: pagos a guarderías o a otras personas con ese fin Valor mensual \$ _____	

VI. PATRIMONIO DEL HOGAR

¿Qué bienes posee este hogar?

		Valor comercial	Deudas sobre posesión
1. Casas y/o apartamentos Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		\$ _____	\$ _____
2. Muebles y enseres Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		\$ _____	\$ _____
3. Vehículos Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		\$ _____	\$ _____
4. Otros bienes: fincas, ganado, equipo de oficina, ahorros, etc. Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		\$ _____	\$ _____

VII - DATOS DE LAS PERSONAS DEL HOGAR

VII - A Características generales (para todas las personas del hogar)

Número de orden de las personas	1	01	02
Nombres y apellidos de cada una de las personas	2		
Parentesco con el jefe del hogar	3		
Sexo	4	H. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	H. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Qué edad tiene? (Si es menor de dos años anote la edad en meses)	5	Años cumplidos <input type="text"/> Meses cumplidos <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> Meses cumplidos <input type="text"/>
¿... sin estar enfermo consulta al médico en forma periódica?	6	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> } Pase a 8
¿Cada cuánto consulta al médico?	7	Tres o más veces al año <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Dos veces al año <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Cada dos años o más <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Tres o más veces al año <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Dos veces al año <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Cada dos años o más <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿... es afiliado, beneficiario, jubilado o pensionado del Seguro Social o de una caja de previsión social? (Cajanal, Caprecom, Capresub, etc.)	8	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿... es afiliado o beneficiario de una caja de compensación? (Cafam, Colsubsidio, Compensar, etc.)	9	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿A través de una aseguradora privada... está cubierto por algún seguro médico, de vida o de invalidez?	10	Seguro médico Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Seguro de vida Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Seguro de invalidez Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Seguro médico Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Seguro de vida Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Seguro de invalidez Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿... estuvo enfermo o tuvo algún accidente durante los últimos 2 meses?	11	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si tiene 5 años o más pase a 13 No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Si tiene menos de 5 años pase a 23 No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Si tiene entre 5 y 11 años pase a 28 Si tiene 12 años o más pase a 35	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Si tiene 5 años o más pase a 13 No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Si tiene menos de 5 años pase a 23 No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Si tiene entre 5 y 11 años pase a 28 Si tiene 12 años o más pase a 35
¿Cuáles de las siguientes enfermedades o accidentes tuvo el niño... en los últimos dos meses? (marque x)	12	Diarrea con fiebre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Gripe, tos o catarro con fiebre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fracturas, intoxicaciones o quemaduras <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Otra enfermedad o accidente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Diarrea con fiebre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Gripe, tos o catarro con fiebre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fracturas, intoxicaciones o quemaduras <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Otra enfermedad o accidente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

VII - A Características generales (continuación)

<p>¿...debió ser hospitalizado, guardar cama o dejar de salir de la casa por causa de la enfermedad o accidente? (si tuvo varias enfermedades o accidentes refiérase al último evento) (marque x)</p>	<p>13</p> <p>Hospitalizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Guardó cama en la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No pudo salir de la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 15</p>	<p>Hospitalizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Guardó cama en la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No pudo salir de la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cuántos días debió ser hospitalizado, guardó cama o dejó de salir de su casa?</p>	<p>14</p> <p style="text-align: center;">_ _ _</p>	<p style="text-align: center;">_ _ _</p>
<p>¿Por quién fue atendido?</p>	<p>15</p> <p>Médico <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/></p> <p>Odontólogo <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermera <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/></p> <p>Farmacéuta o boticario <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/></p> <p>Curandero <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/></p> <p>Partera <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro personal de la salud <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/></p> <p>Familiares o amigos <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/></p> <p>Nadie o se automedicó <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 17</p>	<p>Médico <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/></p> <p>Odontólogo <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermera <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/></p> <p>Farmacéuta o boticario <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/></p> <p>Curandero <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/></p> <p>Partera <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro personal de la salud <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/></p> <p>Familiares o amigos <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/></p> <p>Nadie o se automedicó <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/></p>
<p>¿...por qué razón no recibió atención del personal de la salud para tratar su enfermedad o accidente?</p>	<p>16</p> <p>No lo creyó necesario <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de dinero <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de tiempo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>El lugar de atención queda muy lejos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No cree que lo curen o alivien <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Por temor <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra razón <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Si tiene menos de 5 años pase a 23 Si tiene entre 5 y 11 años pase a 28 Si tiene 12 años o más pase a 35</p>	<p>No lo creyó necesario <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de dinero <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de tiempo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>El lugar de atención queda muy lejos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No cree que lo curen o alivien <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Por temor <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra razón <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Si tiene menos de 5 años pase a 23 Si tiene entre 5 y 11 años pase a 28 Si tiene 12 años o más pase a 35</p>
<p>¿En qué lugar fue atendido?</p>	<p>17</p> <p>En la droguería o farmacia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En su propia casa <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En hospital, centro o puesto de salud público <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En consultorio o clínica de ISS, Caja de Previsión y/o Compensación <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En clínica, centro médico o consultorio privado <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro sitio <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 20</p>	<p>En la droguería o farmacia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En su propia casa <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En hospital, centro o puesto de salud público <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En consultorio o clínica de ISS, Caja de Previsión y/o Compensación <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En clínica, centro médico o consultorio privado <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro sitio <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>

VII - A Características generales (continuación)

¿...cuánto tiempo tuvo que esperar en ese lugar para ser atendido?	18 Menos de media hora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre media y una hora <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre una y dos horas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Entre dos y cuatro horas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Más de cuatro horas <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Menos de media hora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre media y una hora <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre una y dos horas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Entre dos y cuatro horas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Más de cuatro horas <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
...si pudiera escoger a dónde acudir para ser atendido en cuestiones de salud, ¿volvería al mismo sitio?	19 Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿...tuvo que pagar por la atención que recibió?	20 Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuánto pagó? \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuánto pagó? \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿A... le recetaron remedios o medicamentos?	21 Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Si < 5 años pase a 23 No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Si tiene entre 5 y 11 años pase a 28 Si tiene 12 años o más pase a 35	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Si < 5 años pase a 23 No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Si tiene entre 5 y 11 años pase a 28 Si tiene 12 años o más pase a 35
¿...cómo adquirió los remedios o medicamentos? (marque X)	22 Los compró <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuánto pagó? \$ _____ Se los suministró el servicio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Se los regaló <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No los adquirió <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Los compró <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuánto pagó? \$ _____ Se los suministró el servicio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Se los regaló <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No los adquirió <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

VII - B Para niños menores de 5 años

¿Con quién permanece... la mayor parte del tiempo entre semana?	23 Con el padre o la madre en la casa <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Con el padre o la madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> Con la empleada del servicio <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> Con un familiar de 12 años o más <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> Con un no familiar de 12 años o más <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> Con una persona menor de 12 años <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> Asiste a un establecimiento de preescolar <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> Asiste a un CAIF de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> Asiste a un hogar de Bienestar Familiar (HOBIF) <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Asiste a una guardería privada <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Asiste a una guardería institucional <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Con el padre o la madre en la casa <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Con el padre o la madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> Con la empleada del servicio <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> Con un familiar de 12 años o más <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> Con un no familiar de 12 años o más <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> Con una persona menor de 12 años <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> Asiste a un establecimiento de preescolar <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> Asiste a un CAIF de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> Asiste a un hogar de Bienestar Familiar (HOBIF) <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Asiste a una guardería privada <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Asiste a una guardería institucional <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
---	--	--

VII - B Para niños menores de 5 años (continuación)

<p>¿... ha recibido las siguientes vacunas?</p>	<p>24</p> <p>Contra la poliomielitis</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No. dosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No. refuerzos <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>La triple (DPT)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No. dosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No. refuerzos <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Contra el sarampión</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>Contra la poliomielitis</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No. dosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No. refuerzos <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>La triple (DPT)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No. dosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No. refuerzos <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Contra el sarampión</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>																																																																													
<p>¿En el último año a... le han recetado complemento nutricional, vitamínico o reconstituyentes?</p>	<p>25</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>																																																																													
<p>Usted considera que el estado nutricional de... es:</p>	<p>26</p> <p>Bueno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>Bueno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>																																																																													
<p>¿...cada cuánto consume? (marque una x por alimento)</p>	<p>27</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Varias veces por semana</th> <th>Una vez por semana</th> <th>Esporádicamente</th> <th>No consume</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Carne, pollo o pescado</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Leche y derivados</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Huevos</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verduras</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frutas</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Granos</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Pase a 96</p>		Varias veces por semana	Una vez por semana	Esporádicamente	No consume	No sabe	Carne, pollo o pescado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Leche y derivados	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Verduras	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Frutas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Granos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Varias veces por semana</th> <th>Una vez por semana</th> <th>Esporádicamente</th> <th>No consume</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Carne, pollo o pescado</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Leche y derivados</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Huevos</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verduras</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frutas</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Granos</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Pase a 96</p>		Varias veces por semana	Una vez por semana	Esporádicamente	No consume	Carne, pollo o pescado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Leche y derivados	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Huevos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Verduras	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Frutas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Granos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	Varias veces por semana	Una vez por semana	Esporádicamente	No consume	No sabe																																																																										
Carne, pollo o pescado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																																																										
Leche y derivados	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																																																										
Huevos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																																																										
Verduras	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																																																										
Frutas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																																																										
Granos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																																																										
	Varias veces por semana	Una vez por semana	Esporádicamente	No consume																																																																											
Carne, pollo o pescado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																																											
Leche y derivados	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																																											
Huevos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																																											
Verduras	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																																											
Frutas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																																											
Granos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																																											

VII - C Para niños de 5 a 11 años

¿... realiza algún trabajo recibiendo o no ingresos?	28	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 35	¿...con quién trabaja?	29	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 35
¿Cuál es el oficio o labor que desempeña...?	30	Con un familiar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Con un particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	¿A qué actividad se dedica principalmente la persona, empresa o establecimiento en el cual realiza... su trabajo?	31	Con un familiar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Con un particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
¿Dónde realiza... su trabajo?	32	Dentro de su hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fuera de su hogar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	¿... recibe salario o ganancia?	33	Dentro de su hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fuera de su hogar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Cuánto recibe o gana al mes?	34	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 35 No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Valor \$ _____	34	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 35 No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

VII - D Para personas de 5 años y más

¿... sabe leer y escribir?	35	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	¿... asiste actualmente a la escuela, colegio o universidad?	36	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 39
¿El establecimiento al que asiste... es oficial?	37	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	¿... recibe complemento alimentario (leche, bienestarina, etc.) en la escuela o colegio al que asiste?	38	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

VII - D Para personas de 5 años y más (continuación)

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por...?	39 Preescolar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Primaria <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Secundaria <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Superior o universitaria <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Post universitaria <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Educación especial <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Ninguno <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Si tiene menos de 12 años pase a 96 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Si tiene 12 años o más pase a 41	Preescolar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Primaria <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Secundaria <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Superior o universitaria <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Post universitaria <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Educación especial <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Ninguno <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Si tiene menos de 12 años pase a 96 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Si tiene 12 años o más pase a 41
¿Cuál es el último año aprobado en ese nivel por...?	40 <input type="text"/> <input type="text"/> Si tiene menos de 12 años pase a 96	<input type="text"/> <input type="text"/> Si tiene menos de 12 años pase a 96

VII - E Para personas de 12 años y más

¿Cuál es el estado civil o conyugal actual de...?	41 Soltero <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Casado <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Unión libre <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Viudo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Separado o divorciado <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Religioso <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Soltero <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Casado <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Unión libre <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Viudo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Separado o divorciado <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Religioso <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>
¿Qué hizo... la mayor parte del tiempo la semana pasada?	42 Trabajo <input type="text" value="01"/> <input type="text"/> } Pase a 44 No trabajó pero tenía trabajo <input type="text" value="02"/> <input type="text"/> Buscó trabajo <input type="text" value="03"/> <input type="text"/> Estudió <input type="text" value="04"/> <input type="text"/> Oficios del hogar <input type="text" value="05"/> <input type="text"/> Vivió de la renta <input type="text" value="06"/> <input type="text"/> Es pensionado o jubilado <input type="text" value="07"/> <input type="text"/> Otra actividad <input type="text" value="08"/> <input type="text"/> Incapacitado para trabajar <input type="text" value="09"/> <input type="text"/> Pase a 78	Trabajo <input type="text" value="01"/> <input type="text"/> } Pase a 44 No trabajó pero tenía trabajo <input type="text" value="02"/> <input type="text"/> Buscó trabajo <input type="text" value="03"/> <input type="text"/> Estudió <input type="text" value="04"/> <input type="text"/> Oficios del hogar <input type="text" value="05"/> <input type="text"/> Vivió de la renta <input type="text" value="06"/> <input type="text"/> Es pensionado o jubilado <input type="text" value="07"/> <input type="text"/> Otra actividad <input type="text" value="08"/> <input type="text"/> Incapacitado para trabajar <input type="text" value="09"/> <input type="text"/> Pase a 78
¿Además de... realizó la semana pasada alguna otra actividad remunerada (o sin remunerar en un negocio familiar)?	43 Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 78	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 78

VII - E Para personas de 12 años y más (continuación)

¿Cuántas horas en total trabaja a la semana normalmente en su empleo principal?	44	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos meses ha trabajado este año?	45	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuál es el nombre del establecimiento, negocio, industria, oficina o firma donde trabaja?	46	Nombre <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>
¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o establecimiento en el cual realiza el trabajo?	47	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuál es la ocupación, oficio, profesión o labor que desempeña en ese trabajo?	48	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos años hace que desempeña ese oficio? (si hace menos de un año anote 00)	49	<input type="text"/>	<input type="text"/>
La jornada de trabajo es:	50	Diurna <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Nocturna <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Alternativa <input type="text"/> 3 <input type="text"/>	Diurna <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Nocturna <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Alternativa <input type="text"/> 3 <input type="text"/>
En ese trabajo... es:	51	Obrero o empleado del gobierno <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Obrero o empleado de empresa particular <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Empleado doméstico <input type="text"/> 3 <input type="text"/> Pase a 60 Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="text"/> 4 <input type="text"/> Pase a 63 Patrón o empleador <input type="text"/> 5 <input type="text"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="text"/> 6 <input type="text"/> Pase a 67	Obrero o empleado del gobierno <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Obrero o empleado de empresa particular <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Empleado doméstico <input type="text"/> 3 <input type="text"/> Pa Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="text"/> 4 <input type="text"/> Pa Patrón o empleador <input type="text"/> 5 <input type="text"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="text"/> 6 <input type="text"/> Pa
¿Cuántas personas trabajan en la empresa donde... labora?	52	Menos de 10 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> De 10 a 100 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> De 101 a 500 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> Más de 500 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> 9 <input type="text"/>	Menos de 10 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> De 10 a 100 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> De 101 a 500 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> Más de 500 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> 9 <input type="text"/>
¿... tiene contrato escrito de trabajo?	53	Si <input type="text"/> 1 <input type="text"/> No <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Pase a 55 No sabe <input type="text"/> 9 <input type="text"/>	Si <input type="text"/> 1 <input type="text"/> No <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Pa No sabe <input type="text"/> 9 <input type="text"/> a

VII - E Para personas de 12 años y más (continuación)

¿El contrato de trabajo de... es?	54 Indefinido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> A término fijo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Indefinido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> A término fijo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿En la empresa, establecimiento o entidad donde... trabaja hay sindicato?	55 Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿En la empresa, establecimiento o entidad donde... trabaja hay oficina de personal?	56 Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
El dueño o patrón de la empresa, además de administrar y supervisar el negocio, ¿hace los mismos oficios y labores que sus empleados?	57 Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿Cuáles de los siguientes problemas o aspectos negativos encuentra... en su trabajo? (marque x)	58 Mal pagado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Duro física o intelectualmente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No es interesante, es monótono <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No hay posibilidad de ascenso <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Está mal organizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Está mal visto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Malas relaciones con sus compañeros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Malas relaciones con el jefe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Tensión por competencia con sus compañeros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No está acorde con sus capacidades <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Demasiada carga de trabajo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Producción intensiva en cadena <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Discriminación salarial por sexo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Mal pagado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Duro física o intelectualmente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No es interesante, es monótono <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No hay posibilidad de ascenso <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Está mal organizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Está mal visto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Malas relaciones con sus compañeros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Malas relaciones con el jefe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Tensión por competencia con sus compañeros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No está acorde con sus capacidades <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Demasiada carga de trabajo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Producción intensiva en cadena <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Discriminación salarial por sexo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

VII - E Para personas de 12 años y más (continuación)

<p>En su sitio de trabajo ¿cuáles de los siguientes problemas o aspectos negativos encuentra? (marque x)</p>	<p>59</p> <p>Ruidos, vibraciones o choques molestos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Malos olores: químicos, de basuras, aguas negras, etc. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Contaminación por residuos de trabajo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Temperaturas muy altas o muy bajas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Corrientes de aire <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Mala iluminación <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Espacios reducidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>Ruidos, vibraciones o choques molestos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Malos olores: químicos, de basuras, aguas negras, etc. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Contaminación por residuos de trabajo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Temperaturas muy altas o muy bajas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Corrientes de aire <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Mala iluminación <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Espacios reducidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>																																																
<p>¿Cuánto gana normalmente... en su empleo? (incluyendo propinas, horas extras, bonificaciones y subsidios en dinero)</p>	<p>60</p> <p>Valor \$ _____</p> <p>Periodicidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Valor \$ _____</p> <p>Periodicidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																																
<p>¿... recibe mensualmente alimentos y/o vivienda como parte de pago por su trabajo?</p>	<p>61</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>																																																
<p>Por su contrato de trabajo tiene derecho a: (marque una x por opción)</p>	<p>62</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cesantías</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prima de servicios</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prima de vacaciones</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prima de navidad</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otras primas</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Pase a 67</p>		Sí	No	No sabe	Cesantías	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Prima de servicios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Prima de vacaciones	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Prima de navidad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Otras primas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cesantías</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prima de servicios</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prima de vacaciones</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prima de navidad</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otras primas</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Pase a 67</p>		Sí	No	No sabe	Cesantías	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Prima de servicios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Prima de vacaciones	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Prima de navidad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Otras primas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
	Sí	No	No sabe																																															
Cesantías	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
Prima de servicios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
Prima de vacaciones	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
Prima de navidad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
Otras primas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
	Sí	No	No sabe																																															
Cesantías	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
Prima de servicios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
Prima de vacaciones	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
Prima de navidad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															
Otras primas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																															

VII - E Para personas de 12 años y más (continuación)

El trabajo de... es:	63 <table border="0"> <tr> <td>Permanente</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Temporal, ocasional o eventual</td> <td><input type="text" value="2"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="text" value="9"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Permanente	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	Temporal, ocasional o eventual	<input type="text" value="2"/>	<input type="text"/>	No sabe	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>	Permanente <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Temporal, ocasional o eventual <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																											
Permanente	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>																																				
Temporal, ocasional o eventual	<input type="text" value="2"/>	<input type="text"/>																																				
No sabe	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>																																				
¿Cuáles de los siguientes problemas tuvo... en los últimos 30 días en el desarrollo de su actividad o trabajo? (marque X)	64 <table border="0"> <tr> <td>Falta de clientes o malas ventas</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Transporte</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Falta de capital</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Falta de materias primas y/o materiales</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Inclencias climáticas</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td><input type="text" value="2"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="text" value="9"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Falta de clientes o malas ventas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	Transporte	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	Falta de capital	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	Falta de materias primas y/o materiales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	Inclencias climáticas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	Otros	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	Ninguno	<input type="text" value="2"/>	<input type="text"/>	No sabe	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>	Falta de clientes o malas ventas <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Transporte <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Falta de capital <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Falta de materias primas y/o materiales <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inclencias climáticas <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Otros <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Ninguno <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>												
Falta de clientes o malas ventas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>																																				
Transporte	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>																																				
Falta de capital	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>																																				
Falta de materias primas y/o materiales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>																																				
Inclencias climáticas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>																																				
Otros	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>																																				
Ninguno	<input type="text" value="2"/>	<input type="text"/>																																				
No sabe	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>																																				
¿... a quién vende la mayoría de sus productos o servicios?	65 <table border="0"> <tr> <td>A intermediarios</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>A particulares y/o público en general</td> <td><input type="text" value="2"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="text" value="9"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	A intermediarios	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	A particulares y/o público en general	<input type="text" value="2"/>	<input type="text"/>	No sabe	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>	A intermediarios <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> A particulares y/o público en general <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																											
A intermediarios	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>																																				
A particulares y/o público en general	<input type="text" value="2"/>	<input type="text"/>																																				
No sabe	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>																																				
¿Cuál es normalmente la ganancia neta de... en su negocio, profesión u oficio?	66 <table border="0"> <tr> <td>Valor \$</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Periodicidad</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Valor \$	<input type="text"/>	Periodicidad	<input type="text"/>	Valor \$ <input type="text"/> Periodicidad <input type="text"/>																																
Valor \$	<input type="text"/>																																					
Periodicidad	<input type="text"/>																																					
¿Dónde realiza... principalmente su trabajo?	67 <table border="0"> <tr> <td>En un establecimiento o local de la empresa o patrón</td> <td><input type="text" value="01"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En su vivienda</td> <td><input type="text" value="02"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En otras viviendas</td> <td><input type="text" value="03"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En una obra en construcción</td> <td><input type="text" value="04"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En un sitio descubierto en la calle</td> <td><input type="text" value="05"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En diferentes sitios</td> <td><input type="text" value="06"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En kiosco o caseta</td> <td><input type="text" value="07"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En vehículo automotor</td> <td><input type="text" value="08"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>De puerta a puerta</td> <td><input type="text" value="09"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En el campo</td> <td><input type="text" value="10"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>En otro sitio</td> <td><input type="text" value="11"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="text" value="99"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	En un establecimiento o local de la empresa o patrón	<input type="text" value="01"/>	<input type="text"/>	En su vivienda	<input type="text" value="02"/>	<input type="text"/>	En otras viviendas	<input type="text" value="03"/>	<input type="text"/>	En una obra en construcción	<input type="text" value="04"/>	<input type="text"/>	En un sitio descubierto en la calle	<input type="text" value="05"/>	<input type="text"/>	En diferentes sitios	<input type="text" value="06"/>	<input type="text"/>	En kiosco o caseta	<input type="text" value="07"/>	<input type="text"/>	En vehículo automotor	<input type="text" value="08"/>	<input type="text"/>	De puerta a puerta	<input type="text" value="09"/>	<input type="text"/>	En el campo	<input type="text" value="10"/>	<input type="text"/>	En otro sitio	<input type="text" value="11"/>	<input type="text"/>	No sabe	<input type="text" value="99"/>	<input type="text"/>	En un establecimiento o local de la empresa o patrón <input type="text" value="01"/> <input type="text"/> En su vivienda <input type="text" value="02"/> <input type="text"/> En otras viviendas <input type="text" value="03"/> <input type="text"/> En una obra en construcción <input type="text" value="04"/> <input type="text"/> En un sitio descubierto en la calle <input type="text" value="05"/> <input type="text"/> En diferentes sitios <input type="text" value="06"/> <input type="text"/> En kiosco o caseta <input type="text" value="07"/> <input type="text"/> En vehículo automotor <input type="text" value="08"/> <input type="text"/> De puerta a puerta <input type="text" value="09"/> <input type="text"/> En el campo <input type="text" value="10"/> <input type="text"/> En otro sitio <input type="text" value="11"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="99"/> <input type="text"/>
En un establecimiento o local de la empresa o patrón	<input type="text" value="01"/>	<input type="text"/>																																				
En su vivienda	<input type="text" value="02"/>	<input type="text"/>																																				
En otras viviendas	<input type="text" value="03"/>	<input type="text"/>																																				
En una obra en construcción	<input type="text" value="04"/>	<input type="text"/>																																				
En un sitio descubierto en la calle	<input type="text" value="05"/>	<input type="text"/>																																				
En diferentes sitios	<input type="text" value="06"/>	<input type="text"/>																																				
En kiosco o caseta	<input type="text" value="07"/>	<input type="text"/>																																				
En vehículo automotor	<input type="text" value="08"/>	<input type="text"/>																																				
De puerta a puerta	<input type="text" value="09"/>	<input type="text"/>																																				
En el campo	<input type="text" value="10"/>	<input type="text"/>																																				
En otro sitio	<input type="text" value="11"/>	<input type="text"/>																																				
No sabe	<input type="text" value="99"/>	<input type="text"/>																																				

VII - E Para personas de 12 años y más (continuación)

¿Cuántos buses, busetas o colectivos toma en promedio... para ir a su trabajo?	68	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos minutos gasta en promedio... en el viaje de ida a su trabajo? (si toma transporte público, incluya el tiempo de espera)	69	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántos días descansa... en la semana?	70	Ningún día <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Menos de un día <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Un día <input type="text"/> 3 <input type="text"/> Un día y medio <input type="text"/> 4 <input type="text"/> Dos días <input type="text"/> 5 <input type="text"/> Más de dos días <input type="text"/> 6 <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> 9 <input type="text"/>	Ningún día <input type="text"/> 1 Menos de un día <input type="text"/> 2 Un día <input type="text"/> 3 Un día y medio <input type="text"/> 4 Dos días <input type="text"/> 5 Más de dos días <input type="text"/> 6 No sabe <input type="text"/> 9
¿Cuántos años tenía... cuando realizó su primer trabajo en forma remunerada o como ayudante familiar sin remuneración?	71	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántas veces... ha cambiado de empleo o trabajo en los últimos 5 años?	72	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En el trabajo anterior al actual... fue:	73	Obrero o empleado del gobierno <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Obrero o empleado de empresa particular <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Empleado doméstico <input type="text"/> 3 <input type="text"/> Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="text"/> 4 <input type="text"/> Patrón o empleador <input type="text"/> 5 <input type="text"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="text"/> 6 <input type="text"/> No ha trabajado antes <input type="text"/> 7 <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> 9 <input type="text"/>	Obrero o empleado del gobierno <input type="text"/> 1 Obrero o empleado de empresa particular <input type="text"/> 2 Empleado doméstico <input type="text"/> 3 Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="text"/> 4 Patrón o empleador <input type="text"/> 5 Trabajador familiar sin remuneración <input type="text"/> 6 No ha trabajado antes <input type="text"/> 7 No sabe <input type="text"/> 9
¿Además de su actividad principal... realiza normalmente otros trabajos remunerados?	74	Si <input type="text"/> 1 <input type="text"/> No <input type="text"/> 2 <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> 9 <input type="text"/>	Si <input type="text"/> 1 <input type="text"/> No <input type="text"/> 2 <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> 9 <input type="text"/>
¿Cuántas horas semanales dedica... normalmente a sus otros trabajos?	75	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pase a 78

VII - E Para personas de 12 años y más (continuación)

En los otros trabajos... se desempeña como:	76 Asalariado: (empleado, obrero, empleado doméstico) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No asalariado: (trabajador independiente o patrón) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Asalariado: (empleado, obrero, empleado doméstico) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No asalariado: (trabajador independiente o patrón) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿Cuánto gana normalmente... en sus otros empleos, trabajos, negocios o actividades?	77 Valor \$ _____ Periodicidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Valor \$ _____ Periodicidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
...recibe mensualmente ingresos por concepto de:	78 Arriendos Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r. \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Intereses Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r. \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pensiones de jubilación, vejez, invalidez, etc. Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r. \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Ayudas en dinero de personas de otros hogares Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r. \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Arriendos Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r. \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Intereses Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r. \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pensiones de jubilación, vejez, invalidez, etc. Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r. \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Ayudas en dinero de personas de otros hogares Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> V/r. \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿Cuántos son los ingresos promedios mensuales de...?	79 Valor \$ _____	Valor \$ _____
¿Con cuánto contribuye mensualmente... para los gastos del hogar?	80 Valor \$ _____	Valor \$ _____

VII - E Para personas de 12 años y más (continuación)

¿Cuántas horas a la semana dedica... a labores en el hogar como: preparar las comidas, cuidar los niños, hacer compras, etc.	81	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántas horas a la semana dedica... a: ver televisión, leer, oír música, hacer deportes o ejercicios, asistir a cine o espectáculos, ir a discotecas o restaurantes o salir a pasear?	82	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
¿... va regularmente a cine?	83	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/> } Pase a 85	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/> } Pase a 85
¿Cada cuánto va a cine?	84	Una o más veces por semana <input type="text"/> <input type="text"/> Cada quince días <input type="text"/> <input type="text"/> Cada mes <input type="text"/> <input type="text"/>	Una o más veces por semana <input type="text"/> <input type="text"/> Cada quince días <input type="text"/> <input type="text"/> Cada mes <input type="text"/> <input type="text"/>
¿... en cuáles de las siguientes actividades participa? (marque x)	85	Actividades políticas o sindicales <input type="text"/> <input type="text"/> Actividades de Acción Comunal, Defensa Civil o parroquiales <input type="text"/> <input type="text"/> Actividades de clubes o grupos culturales, sociales o deportivos <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna de las anteriores <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/>	Actividades políticas o sindicales <input type="text"/> <input type="text"/> Actividades de Acción Comunal, Defensa Civil o parroquiales <input type="text"/> <input type="text"/> Actividades de clubes o grupos culturales, sociales o deportivos <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna de las anteriores <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/>
Durante este año, ¿cuántas veces ha salido de Bogotá en plan de descanso o vacaciones <u>por tres días o más</u> ?	86	No. de veces <input type="text"/> <input type="text"/> No. total de días <input type="text"/> <input type="text"/>	No. de veces <input type="text"/> <input type="text"/> No. total de días <input type="text"/> <input type="text"/>
¿... hace o ha hecho aportes al Seguro Social o a alguna caja de previsión social?	87	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/> Si es hombre pase a 96 Si es mujer de 12 a 14 o de 50 años y más pase a 96	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/> Si es hombre pase a 96 Si es mujer de 12 a 14 o de 50 años y más pase a 96

VII - F Para mujeres de 15 a 49 años

¿... está embarazada?	88 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido en toda su vida?	89 <input type="text"/> <input type="text"/> Si 00 pase a 96	<input type="text"/> <input type="text"/> Si 00 pase a 96
¿Cuántos de esos hijos viven actualmente?	90 <input type="text"/> <input type="text"/> Si 00 pase a 92	<input type="text"/> <input type="text"/> Si 00 pase a 92
El último hijo nacido vivo está:	91 Muerto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Muerto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿En qué fecha tuvo... su último hijo nacido vivo?	92 Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año 19 <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año 19 <input type="text"/> <input type="text"/>
Durante su último embarazo... ¿recibió atención médica?	93 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No. de consultas <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No. de consultas <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Durante su último parto, ¿quién la asistió?	94 Un médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Una enfermera <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Una partera <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otra persona <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Un médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Una enfermera <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Una partera <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otra persona <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

VII - DATOS DE LAS PERSONAS DEL HOGAR

VII - A Características generales (para todas las personas del hogar)

03	04	05	06	1
				2
				3
1 <input type="text"/>	H 1 <input type="text"/>	H 1 <input type="text"/>	H 1 <input type="text"/>	4
2 <input type="text"/>	M 2 <input type="text"/>	M 2 <input type="text"/>	M 2 <input type="text"/>	5
s cumplidos <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/>	5
s cumplidos <input type="text"/>	Meses cumplidos <input type="text"/>	Meses cumplidos <input type="text"/>	Meses cumplidos <input type="text"/>	

VII - F Para mujeres de 15 a 49 años (continuación)

1 <input type="text"/>	Sí	1 <input type="text"/>	Sí	1 <input type="text"/>	Sí	1 <input type="text"/>	95
2 <input type="text"/>	No	2 <input type="text"/>	No	2 <input type="text"/>	No	2 <input type="text"/>	
9 <input type="text"/>	No sabe	9 <input type="text"/>	No sabe	9 <input type="text"/>	No sabe	9 <input type="text"/>	

Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____	96
No. de orden <input type="text"/>				

Observaciones

VIII - CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR

1. ¿Cuáles de los siguientes problemas tenía la vivienda donde el hogar residía? (marque X)

	Hace 5 años	Hace 2 años	Hace 1 año
Piso de tierra	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Falta de acueducto	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Falta de alcantarillado	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Más de 3 personas por cuarto	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ninguna de las anteriores	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
No se había conformado el hogar	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

2. Durante este año ¿de cuáles de los siguientes hechos violentos ha sido víctima alguna de las personas de este hogar? (marque X)

Atracos o robos	1 <input type="checkbox"/>
Violaciones	1 <input type="checkbox"/>
Homicidios	1 <input type="checkbox"/>
Lesiones	1 <input type="checkbox"/>
Secuestros	1 <input type="checkbox"/>
Extorsiones	1 <input type="checkbox"/>
Desapariciones	1 <input type="checkbox"/>
Conductas agresivas	1 <input type="checkbox"/>
Abusos o negligencia por parte de las autoridades	1 <input type="checkbox"/>
Otros	1 <input type="checkbox"/>
Ninguno	2 <input type="checkbox"/>
No sabe	9 <input type="checkbox"/>

} Pase a 4

3. Frente a estos hechos violentos ¿qué hicieron? (marque X)

Denuncia ante las autoridades	1 <input type="checkbox"/>
Denuncia ante otros organismos	1 <input type="checkbox"/>
Respondieron por su cuenta	1 <input type="checkbox"/>
Contrataron vigilancia o ayuda privada	1 <input type="checkbox"/>
Nada	2 <input type="checkbox"/>
No sabe	9 <input type="checkbox"/>

4. Durante este año ¿alguna de las personas de este hogar ha muerto violentamente?

Sí	1 <input type="checkbox"/>
No	2 <input type="checkbox"/>

5. ¿En este hogar hay personas con problemas de alcoholismo o drogadicción?

Sí	1 <input type="checkbox"/>
No	2 <input type="checkbox"/>

6. ¿Cuáles de los siguientes elementos tienen en este hogar los niños menores de 12 años? (marque X)

Implementos deportivos	1 <input type="checkbox"/>
Implementos para pintar	1 <input type="checkbox"/>
Instrumentos musicales	1 <input type="checkbox"/>
Juguetes para armar	1 <input type="checkbox"/>
Libros de lectura infantil	1 <input type="checkbox"/>
Diccionarios y/o enciclopedias	1 <input type="checkbox"/>
Juegos electrónicos	1 <input type="checkbox"/>
Ninguno de los anteriores	2 <input type="checkbox"/>
No hay niños menores de doce años	3 <input type="checkbox"/>

} Pase a 4

7. ¿Dónde juegan principalmente los niños menores de 12 años? (marque X)
NOTA: No incluya juego en colegio o escuela

Dentro de la casa	1 <input type="checkbox"/>
En el patio o jardín de la casa	2 <input type="checkbox"/>
En zona verde comunal	3 <input type="checkbox"/>
En un parque público	4 <input type="checkbox"/>
En la vía pública (calle)	5 <input type="checkbox"/>

8. ¿Cómo corrigen o castigan en este hogar a los niños o jóvenes menores de 18 años? (marque X)

Regaños o llamadas de atención	1 <input type="checkbox"/>
Sanciones morales o privaciones	1 <input type="checkbox"/>
Golpes con la mano	1 <input type="checkbox"/>
Golpes con correa	1 <input type="checkbox"/>
Golpes con el pie (patadas)	1 <input type="checkbox"/>
Golpes con otros objetos (cables, palos, etc.)	1 <input type="checkbox"/>
En otra forma	1 <input type="checkbox"/>
No los corrigen ni castigan	2 <input type="checkbox"/>
No hay menores de 18 años	3 <input type="checkbox"/>

9. Durante el último mes alguno de los miembros de este hogar ha comprado:

	Sí	No	No sabe
Discos o cassettes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Periódicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Revistas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Fascículos coleccionables	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Libros de información o recreación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Observaciones _____

IX - ELEMENTOS NECESARIOS PARA TODOS LOS HOGARES

Persona que responde: Nombre _____

Número de orden

A continuación voy a mencionar algunos elementos, servicios y situaciones. Le pido que, respecto a cada uno de ellos, me indique si usted considera que son necesarios para todo hogar que viva actualmente en una ciudad colombiana, o considera que no son necesarios. Para efectos de esta pregunta, se consideran como necesarios aquellos elementos, servicios o situaciones sin los cuales ningún hogar podría tener una vida digna. (señale con una X en la columna respectiva).

Elementos, servicios y situaciones	Necesario (1)	No necesario (2)	No sabe (9)
1. Nevera			
2. Estufa eléctrica o de gas			
3. Horno eléctrico o de gas			
4. Horno microondas			
5. Ayudante de cocina			
6. Máquina lavadora de ropa			
7. Máquina secadora de ropa			
8. Cocina separada de los demás espacios de la vivienda para uso exclusivo del hogar			
9. Lavaplatos con llave de agua por tubería			
10. Máquina lavadora de platos			
1. Tres comidas al día			
2. Comer carne, pollo o pescado, al menos tres veces por semana			
3. Almuerzo o comida fuera de la casa, para quienes trabajan o estudian en jornada continua			
4. Gafas o lentes para quien no tiene buena vista			
5. Ducha de uso exclusivo del hogar			
6. Calentador de agua o ducha eléctrica en clima frío			
7. Al menos, tres mudas de ropa en buen estado, para cada persona del hogar			
8. Cosméticos para las mujeres			
9. Teléfono para el hogar			
10. Cuartos alfombrados de pared a pared			
11. Aspiradora o brilladora			
12. Máximo tres personas por dormitorio			
13. Un dormitorio para cada pareja			
14. Una cama para cada pareja			
15. Una cama para cada persona mayor de 5 años			
16. Educación secundaria (bachillerato) completa			
17. Libros para consulta y lectura			
18. Escritorio exclusivo para estudio o trabajo			
19. Compra de periódicos o revistas semanalmente			
20. Muebles de sala			
21. Televisor			
22. Televisor en color			
23. Betamax			
24. Antena parabólica o T.V. por cable			
25. Vacaciones fuera de la ciudad, al menos una semana por año			
26. Celebración o fiesta con familiares y amigos (cumpleaños, bautizos, navidad)			
27. Ir mensualmente a un sitio de esparcimiento o diversión			
28. Ir mensualmente a un cine u otro espectáculo público			
29. Equipo de sonido, grabadora o radiola			
30. Automóvil			
31. Computador			
32. Teléfono público en el barrio			
33. Seguro de vida, invalidez e incapacidad para quienes sostienen económicamente el hogar			
34. Pensión de vejez			
35. Un regalo a los familiares y amigos cercanos, por lo menos una vez al año			
36. Vestido para ocasiones especiales			
37. Leche todos los días para los niños menores de 5 años			
38. Acceso a guardería para los niños			
39. Libros (adicionales a los escolares) para los niños			
40. Salida a paseo con los niños quincenalmente			
41. Juguetes o equipos deportivos para los niños			

X - HISTORIA DE VIDA DEL JEFE DEL HOGAR

1. ¿Ud. ha vivido siempre en Bogotá?

Sí 1 Pase a 5
 No 2

2. ¿Cuál fue la razón principal de su venida para Bogotá?

Por la violencia 1
 Buscando trabajo 2
 Estudios 3
 Traslado de trabajo 4
 Mejorar situación personal o del hogar 5
 Reunirse con familiares 6
 Traslado de la familia 7
 Otro motivo ¿cuál? 8

3. ¿Cuántos años ha vivido en Bogotá? (si menos de 1 año anote 00)

4. Hasta los 18 años de edad ¿cuánto tiempo vivió o ha vivido en?

Bogotá
 Capital(es) de departamento
 Cabeceras municipales, intendenciales o comisariales
 Centros poblados diferentes a cabeceras municipales o en el campo
 Fuera del país

5. Durante su juventud (hasta los 18 años de edad) ¿cuáles de los siguientes acontecimientos lo afectaron? (marque X)

Muerte del padre 1
 Muerte de la madre 1
 Separación de los padres 1
 Abandono de los padres 1
 Problemas de orden público 1
 Ninguno de los anteriores 2

6. En su juventud (hasta los 18 años de edad) ¿se vió obligado a interrumpir sus estudios?

Sí 1
 No 2 Pase a 8

7. ¿Cuál fue la causa principal para interrumpir sus estudios?

Cambio de residencia 01
 Problemas de salud 02
 No encontró cupo o no aprobó el examen de ingreso 03
 Problemas económicos 04
 Los padres no lo enviaron 05
 Perdió el año o lo expulsaron 06
 No quiso seguir 07
 Muy lejos la escuela o colegio 08
 Se casó 09
 Servicio militar 10
 Otra causa 11
 No sabe 99

8. Durante su juventud (hasta los 18 años de edad) ¿estudió y trabajó al mismo tiempo?

Sí 1
 No 2

9. Este hogar con relación al hogar donde se crió vive económicamente:

Mejor 1
 Igual 2
 Peor 3

10. ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto alcanzado por sus padres? (si alguno de los padres hace parte del hogar no haga esta pregunta para esa persona)

	Padre	Madre
Ninguno	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Superior o universitaria	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

11. Sus padres fueron o han sido principalmente:

	Padre	Madre
Obrero o jornalero	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Empleado	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Trabajador independiente o por cuenta propia	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Patrón o empleador	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Empleado doméstico	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Oficios del hogar	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Rentista	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

X - HISTORIA DE VIDA DEL JEFE DEL HOGAR (continuación)

¿Cuáles de los siguientes problemas se presentaban entre sus padres? (marque X)

- Agresiones físicas 1
- Agresiones verbales 1
- Ninguna de las anteriores 2
- No había pareja 3
- No sabe 9

13. Cómo lo corregían o castigaban sus padres o las personas que lo criaron? (marque X)

- Regaños o llamadas de atención 1
- Sanciones morales o privaciones 1
- Golpes con la mano 1
- Golpes con correa 1
- Golpes con el pie (patadas) 1
- Golpes con otros objetos (cables, palos, etc.) 1
- En otra forma 1
- No lo corregían ni castigaban 2

XI - ACCESO Y NECESIDAD DEL HOGAR SOBRE ELEMENTOS BASICOS

Persona que responde: Nombre _____ Número de orden

Nuevamente voy a mencionar algunos elementos, servicios y situaciones. Esta vez le pido que para cada uno de ellos, me indique si su hogar o ud. los tiene o no. (señale con una X en la columna respectiva).

Elementos, servicios y situaciones	¿Lo tiene?		No aplica (3)
	Si (1)	No (2)	
A. Para su hogar			
1. Nevera			
2. Estufa eléctrica o de gas			
3. Horno eléctrico o de gas			
4. Horno microondas			
5. Ayudante de cocina			
6. Máquina lavadora de ropa			
7. Máquina secadora de ropa			
8. Cocina separada de los demás espacios de la vivienda para uso exclusivo del hogar			
9. Lavaplatos con llave de agua por tubería			
0. Máquina lavadora de platos			
1. Tres comidas al día			
2. Comen carne, pollo o pescado, al menos tres veces por semana			
3. Almuerzos o comidas fuera de la casa, para quienes trabajan o estudian en jornada continua			
4. Ducha de uso exclusivo del hogar			
5. Calentador de agua o ducha eléctrica			
6. Al menos, tres mudas de ropa en buen estado, para cada persona del hogar			
7. Cosméticos para las mujeres			
8. Teléfono para el hogar			
9. Cuartos alfombrados de pared a pared			
0. Aspiradora o brilladora			
1. Máximo tres personas por dormitorio			
2. Un dormitorio para cada pareja			
3. Una cama para cada pareja			
4. Una cama para cada persona mayor de 5 años			
5. Libros para consulta y lectura			
6. Escritorio exclusivo para estudio o trabajo			
7. Compran periódicos o revistas al menos una vez por semana			
8. Muebles de sala			
9. Televisor			
0. Televisor en color			
1. Betamax			
2. Antena parabólica o T.V. por cable			
3. Celebración o fiesta con familiares y amigos (cumpleaños, bautizos, navidad)			
4. Equipo de sonido, grabadora o radiola			
5. Automóvil			

XI - ACCESO Y NECESIDAD DEL HOGAR SOBRE ELEMENTOS BASICOS (continuación)

Elementos, servicios y situaciones	¿Lo tiene?		No aplicable (3)
	Sí (1)	No (2)	
36. Computador			
37. Teléfono público en su barrio			
B. Para los hogares con niños menores de 12 años			
38. Toman leche todos los días los niños menores de 5 años			
39. Acceso a guardería los niños			
40. Libros (adicionales a los escolares) para los niños			
41. Salen a paseo con los niños por lo menos una vez cada quince días			
42. Juguetes o equipos deportivos para los niños			
C. Elementos relativos al Informante			
43. Gafas o lentes			
44. Educación secundaria (bachillerato) completa			
45. Toma vacaciones fuera de la ciudad, al menos una semana por año			
46. Va mensualmente a un sitio de esparcimiento o diversión			
47. Va mensualmente a cine u otro espectáculo público			
48. Seguro de vida, invalidez e incapacidad			
49. Pensión de vejez			
50. Da un regalo a los familiares y amigos cercanos, por lo menos una vez al año			
51. Vestido para ocasiones especiales			
1. De las cosas que me ha dicho que SI TIENE su hogar, los niños o usted, ¿cuáles considera que no son indispensables ? Anote los números correspondientes _____	2. De las cosas que NO TIENE su hogar, los niños o usted considera necesarias ¿cuáles no ha podido adquirir por falta de recursos? Anote los números correspondientes _____		

XII - PERCEPCION SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR

1. Sus condiciones de vida en el hogar son:				
Muy agradables	<input type="checkbox"/>			
Más o menos agradables	<input type="checkbox"/>			
Un poco desagradables	<input type="checkbox"/>			
Muy desagradables	<input type="checkbox"/>			
2. ¿Cómo cree usted que serán sus condiciones de vida en el año 2.000?				
Mejores que en este momento	<input type="checkbox"/>			
Igual que en este momento	<input type="checkbox"/>			
Peores que en este momento	<input type="checkbox"/>			
No sabe	<input type="checkbox"/>			
3. Usted piensa que su nivel de vida actual respecto al que tenía 5 años atrás es:				
Mejor	<input type="checkbox"/>			
Igual	<input type="checkbox"/>			
Peor	<input type="checkbox"/>			
4. ¿Usted considera que actualmente es pobre?				
Sí	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>	Pase a 6		
5. ¿Usted considera que siempre ha sido pobre?				
Sí	<input type="checkbox"/>			Pase a 6
No	<input type="checkbox"/>			
6. ¿Usted considera que algunas veces ha sido pobre?				
Sí	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			
7. Durante el presente año el hogar ha tenido dificultades por falta de dinero para: (marque una X por opción)				
	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Ninguna dificultad	
Pago de arriendo o cuotas de amortización de la vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pago de servicios (agua, luz, teléfono y gas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compra de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pagos en salud (médico, odontólogo, medicamentos, hospitalización)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pagos en educación (colegios, universidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

XII - PERCEPCION SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR (continuación)

¿Cuánto considera usted debe ser el salario mínimo legal mensual?

Valor \$ _____

¿Cuánto considera usted debe ser el ingreso mínimo mensual que requiere su hogar para satisfacer adecuadamente sus necesidades?

Valor \$ _____

En su opinión ¿cuáles son los motivos para que haya gente que viva en pobreza? (marque X)

Falta de oportunidades 1

Pereza o falta de interés por progresar 1

Familia numerosa 1

Falta de educación o capacitación 1

Desempleo 1

Empleo mal remunerado 1

Concentración de la riqueza 1

Corrupción política y administrativa 1

Mal manejo del país 1

Explotación inadecuada de los recursos naturales 1

Deuda externa 1

Violencia 1

Mala suerte 1

Otro motivo 1

11. En su opinión en Bogotá hay:

Mucha pobreza 1

Poca pobreza 2

No hay pobreza 3

No sabe 9

12. ¿En qué forma cree usted que se han preocupado los gobiernos de las siguientes áreas? (marque una X por área)

	Mucho	Poco	Nada	No sabe
Trabajo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Vivienda	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

13. En qué forma cree usted que los programas sociales del gobierno ayudan a:

	Mucho	Poco	Nada	No sabe
Los pobres	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
La clase media	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Los ricos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

14. ¿Aceptaría una nueva visita para profundizar y ampliar algunos temas tratados en esta encuesta?

Sí 1

No 2

XIII - OPINION SOBRE LA ENCUESTA

Persona que suministró la mayoría de la información

Nombre _____ No. de orden

¿Le gustó la encuesta?

Sí 1

No 2

3. ¿Qué aspectos negativos le encontró? (marque X)

Muy extensa 1

Se inmiscuye en la vida privada 1

Pregunta cosas sin importancia 1

Otros. ¿Cuáles? _____ 1

Ninguno 2

Observaciones _____

XIV. CONTROL DE LA ENCUESTA

A. Recolección

Entrevistador: _____

Supervisor: _____

Resultado de las visitas al hogar

Fecha: _____

Visita No.	Fecha		Día de la semana	Hora		Resultado (*)
	Día	Mes		Inició	Terminó	
1						
2						
3						
4						
5						

Aceptada

Rechazada

Observaciones: _____

B. Crítica y codificación

Crítico - codificador: _____

Supervisor: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Observaciones: _____

Aceptada

Rechazada

Observaciones: _____

* Resultado de la visita

E.C. = Entrevista completa
E.I. = Entrevista incompleta

N.H. = Nadie en el hogar
A.T. = Ausente temporal

R. = Rechazo
OC. = Ocupada la persona

V. = Vacante la vivienda
O. = Otros motivos

OBSERVACIONES
