



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

Alcaldía

Estrato

Sector No.

Sección No.

Manzana No.

Segmento No.

Estructura No.

9. Vivienda No.

10. Hogar No.

11. Número de personas en el hogar

12. Resultado de la entrevista ☐

13. Barrio

14. Dirección

15. Teléfono

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".

5

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

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

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

Tipo de vivienda	4. Material predominante de los pisos
Casa	Madera burda (tablón)
Apartamento	Madera pulida
Cuarto o cuartos	Baldosín, mosaico, cemento, mármol, ladrillo, materiales sintéticos o similares
Vivienda en edificación no destinada a habitación	Tierra
Vivienda móvil (carpa, tienda, etc.), cueva, refugio natural o puente.	
¿La vivienda ha sido ampliada o remodelada en los últimos 5 años?	5. La vivienda cuenta con servicio de: (marque una x por servicio)
Sí	
No	
No sabe	
Material predominante de las paredes exteriores	
Ladrillo, bloque, prefabricado o piedra	
Adobe o tapia pisada	
Bahareque	
Guadua, caña o esterilla	
Madera	
Tela, cartón, lata, desechos o plástico	

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 (bazuco, 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

No

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

Sí

No

No existía el negocio

No sabe

22. La vivienda ocupada por este hogar es:

De propiedad de algún miembro del hogar y está totalmente pagada

De propiedad de algún miembro del hogar y la está pagando

En arriendo

En subarriendo

En usufructo

Otra modalidad ¿Cuál?

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

Caja de vivienda

Corporación de ahorro y/o Banco Comercial

Fondo de empleados o empresa donde trabaja o trabajó

Caja de compensación

Cooperativa financiera

Otras entidades

Particulares

Con recursos propios

Otra forma ¿Cuál?

24. ¿El Propietario autoconstruyó esta vivienda?

Sí

No Pase a 26

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

Familiar y/o amigos

De la comunidad

Contratada

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 Pase a capítulo V

No

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

Barrio _____

Calle o diagonal _____

Carrera o transversal _____

Sector

En otro sitio

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 ve- hículo 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 basu- ras 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="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ¿En cuánto estima el valor mensual de esos productos? \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>
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="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	\$ _____	\$ _____
	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		
2. Muebles y enseres	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	\$ _____	\$ _____
	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		
3. Vehículos	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	\$ _____	\$ _____
	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		
4. Otros bienes: fincas, ganado, equipo de oficina, ahorros,etc.	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	\$ _____	\$ _____
	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		

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 1 M 2	H. 1 M 2
¿Qué edad tiene? (Si es menor de dos años anote la edad en meses)	5	Años cumplidos Meses cumplidos	Años cumplidos Meses cumplidos
¿... sin estar enfermo consulta al médico en forma periódica?	6	Si 1 No 2 No sabe 9 Pase a 8	Si 1 No 2 No sabe 9 Pase a 8
¿Cada cuánto consulta al médico?	7	Tres o más veces al año 1 Dos veces al año 2 Cada año 3 Cada dos años o más 4 No sabe 9	Tres o más veces al año 1 Dos veces al año 2 Cada año 3 Cada dos años o más 4 No sabe 9
¿... es afiliado, beneficiario, jubilado o pensionado del Seguro Social o de una caja de previsión social? (Cajanal, Caprecom, Capresub, etc.)	8	Si 1 No 2 No sabe 9	Si 1 No 2 No sabe 9
¿... es afiliado o beneficiario de una caja de compensación? (Cafam, Colsubsidio, Compensar, etc.)	9	Si 1 No 2 No sabe 9	Si 1 No 2 No sabe 9
¿A través de una aseguradora privada... está cubierto por algún seguro médico, de vida o de invalidez?	10	Seguro médico Si 1 No 2 No sabe 9 Seguro de vida Si 1 No 2 No sabe 9 Seguro de invalidez Si 1 No 2 No sabe 9	Seguro médico Si 1 No 2 No sabe 9 Seguro de vida Si 1 No 2 No sabe 9 Seguro de invalidez Si 1 No 2 No sabe 9
¿... estuvo enfermo o tuvo algún accidente durante los últimos 2 meses?	11	Si 1 No 2 No sabe 9 Si tiene 5 años o más pase a 13 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	Si 1 No 2 No sabe 9 Si tiene 5 años o más pase a 13 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
¿Cuáles de las siguientes enfermedades o accidentes tuvo el niño... en los últimos dos meses? (marque x)	12	Diarrea con fiebre 1 Gripe, tos o catarro con fiebre 1 Fracturas, intoxicaciones o quemaduras 1 Otra enfermedad o accidente 1	Diarrea con fiebre 1 Gripe, tos o catarro con fiebre 1 Fracturas, intoxicaciones o quemaduras 1 Otra enfermedad o accidente 1

VII - A Características generales (continuación)

¿...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)	13	Hospitalizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Guardó cama en la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No pudo salir de la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Pase a 15	Hospitalizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Guardó cama en la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No pudo salir de la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿Cuántos días debió ser hospitalizado, guardó cama o dejó de salir de su casa?	14	<input type="text"/>		<input type="text"/>
¿Por quién fue atendido?	15	Médico <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> Farmaceuta o boticario <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> Curandero <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> Otro personal de la salud <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> Familiares o amigos <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> Nadie o se automedicó <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/>	Pase a 17	Médico <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> Farmaceuta o boticario <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> Curandero <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> Otro personal de la salud <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> Familiares o amigos <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> Nadie o se automedicó <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/>
¿...por qué razón no recibió atención del personal de la salud para tratar su enfermedad o accidente?	16	No lo creyó necesario <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Falta de dinero <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> El lugar de atención queda muy lejos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No cree que lo curen o alivien <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Por temor <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otra razón <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 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		No lo creyó necesario <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Falta de dinero <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> El lugar de atención queda muy lejos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No cree que lo curen o alivien <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Por temor <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otra razón <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 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
¿En qué lugar fue atendido?	17	En la droguería o farmacia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En su propia casa <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> En hospital, centro o puesto de salud público <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> En consultorio o clínica de ISS, Caja de Previsión y/o Compensación <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> En clínica, centro médico o consultorio privado <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro sitio <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Pase a 20	En la droguería o farmacia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En su propia casa <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> En hospital, centro o puesto de salud público <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> En consultorio o clínica de ISS, Caja de Previsión y/o Compensación <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> En clínica, centro médico o consultorio privado <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro sitio <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

VII - A Características generales (continuación)

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

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

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

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

VII - C Para niños de 5 a 11 años

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

VII - D Para personas de 5 años y más

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

VII - D Para personas de 5 años y más (continuación)			
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por...?	39	Preescolar Primaria Secundaria Superior o universitaria Post universitaria Educación especial Ninguno No sabe	1 2 3 4 5 6 7 9
¿Cuál es el último año aprobado en ese nivel por...?	40		
VII - E Para personas de 12 años y más			
¿Cuál es el estado civil o conyugal actual de...?	41	Soltero Casado Unión libre Viudo Separado o divorciado Religioso	1 2 3 4 5 6
¿Qué hizo... la mayor parte del tiempo la semana pasada?	42	Trabajó No trabajó pero tenía trabajo Buscó trabajo Estudió Oficios del hogar Vivió de la renta Es pensionado o jubilado Otra actividad Incapacitado para trabajar	01 02 03 04 05 06 07 08 09
¿Además de... realizó la semana pasada alguna otra actividad remunerada (o sin remunerar en un negocio familiar)?	43	Si No	1 2

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

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

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

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

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>	59	<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>	60	<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>	61	<p>Si <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>Si <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>	62	<table><thead><tr><th></th><th>Si</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>Pase a 67</p>		Si	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><thead><tr><th></th><th>Si</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>Pase a 67</p>		Si	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"/>
	Si	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"/>																																																
	Si	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 <div> Permanente <input type="text" value="1"/> </div> <div> Temporal, ocasional o eventual <input type="text" value="2"/> </div> <div> No sabe <input type="text" value="9"/> </div>	<div> Permanente <input type="text" value="1"/> </div> <div> Temporal, ocasional o eventual <input type="text" value="2"/> </div> <div> No sabe <input type="text" value="9"/> </div>
¿Cuáles de los siguientes problemas tuvo... en los últimos 30 días en el desarrollo de su actividad o trabajo? (marque X)	64 <div>Falta de clientes o malas ventas <input type="text" value="1"/></div> <div>Transporte <input type="text" value="1"/></div> <div>Falta de capital <input type="text" value="1"/></div> <div>Falta de materias primas y/o materiales <input type="text" value="1"/></div> <div>Inciencias climáticas <input type="text" value="1"/></div> <div>Otros <input type="text" value="1"/></div> <div>Ninguno <input type="text" value="2"/></div> <div>No sabe <input type="text" value="9"/></div>	<div>Falta de clientes o malas ventas <input type="text" value="1"/></div> <div>Transporte <input type="text" value="1"/></div> <div>Falta de capital <input type="text" value="1"/></div> <div>Falta de materias primas y/o materiales <input type="text" value="1"/></div> <div>Inciencias climáticas <input type="text" value="1"/></div> <div>Otros <input type="text" value="1"/></div> <div>Ninguno <input type="text" value="2"/></div> <div>No sabe <input type="text" value="9"/></div>
¿... a quién vende la mayoría de sus productos o servicios?	65 <div>A intermediarios <input type="text" value="1"/></div> <div>A particulares y/o público en general <input type="text" value="2"/></div> <div>No sabe <input type="text" value="9"/></div>	<div>A intermediarios <input type="text" value="1"/></div> <div>A particulares y/o público en general <input type="text" value="2"/></div> <div>No sabe <input type="text" value="9"/></div>
¿Cuál es normalmente la ganancia neta de... en su negocio, profesión u oficio?	66 <div>Valor \$ <input type="text"/></div> <div>Periodicidad <input type="text"/></div>	<div>Valor \$ <input type="text"/></div> <div>Periodicidad <input type="text"/></div>
¿Dónde realiza... principalmente su trabajo?	67 <div>En un establecimiento o local de la empresa o patrón <input type="text" value="01"/></div> <div>En su vivienda <input type="text" value="02"/> Pase a 70</div> <div>En otras viviendas <input type="text" value="03"/></div> <div>En una obra en construcción <input type="text" value="04"/></div> <div>En un sitio descubierto en la calle <input type="text" value="05"/></div> <div>En diferentes sitios <input type="text" value="06"/></div> <div>En kiosco o caseta <input type="text" value="07"/></div> <div>En vehículo automotor <input type="text" value="08"/></div> <div>De puerta a puerta <input type="text" value="09"/></div> <div>En el campo <input type="text" value="10"/></div> <div>En otro sitio <input type="text" value="11"/></div> <div>No sabe <input type="text" value="99"/></div>	<div>En un establecimiento o local de la empresa o patrón <input type="text" value="01"/></div> <div>En su vivienda <input type="text" value="02"/></div> <div>En otras viviendas <input type="text" value="03"/></div> <div>En una obra en construcción <input type="text" value="04"/></div> <div>En un sitio descubierto en la calle <input type="text" value="05"/></div> <div>En diferentes sitios <input type="text" value="06"/></div> <div>En kiosco o caseta <input type="text" value="07"/></div> <div>En vehículo automotor <input type="text" value="08"/></div> <div>De puerta a puerta <input type="text" value="09"/></div> <div>En el campo <input type="text" value="10"/></div> <div>En otro sitio <input type="text" value="11"/></div> <div>No sabe <input type="text" value="99"/></div>

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"/> <input type="text"/> Menos de un día <input type="text"/> <input type="text"/> Un día <input type="text"/> <input type="text"/> Un día y medio <input type="text"/> <input type="text"/> Dos días <input type="text"/> <input type="text"/> Más de dos días <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/>	Ningún día <input type="text"/> Menos de un día <input type="text"/> Un día <input type="text"/> Un día y medio <input type="text"/> Dos días <input type="text"/> Más de dos días <input type="text"/> No sabe <input type="text"/>
¿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"/> Obrero o empleado de empresa particular <input type="text"/> Empleado doméstico <input type="text"/> Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="text"/> Patrón o empleador <input type="text"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="text"/> No ha trabajado antes <input type="text"/> No sabe <input type="text"/>	Obrero o empleado del gobierno <input type="text"/> Obrero o empleado de empresa particular <input type="text"/> Empleado doméstico <input type="text"/> Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="text"/> Patrón o empleador <input type="text"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="text"/> No ha trabajado antes <input type="text"/> No sabe <input type="text"/>
¿Además de su actividad principal... realiza normalmente otros trabajos remunerados?	74	Si <input type="text"/> No <input type="text"/> No sabe <input type="text"/>	Si <input type="text"/> No <input type="text"/> No sabe <input type="text"/>
¿Cuántas horas semanales dedica... normalmente a sus otros trabajos?	75	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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="text" value="1"/> <input type="text"/> No asalariado: (trabajador independiente o patrón) <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Asalariado: (empleado, obrero, empleado doméstico) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No asalariado: (trabajador independiente o patrón) <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
¿Cuánto gana normalmente... en sus otros empleos, trabajos, negocios o actividades?	77 Valor \$ _____ Periodicidad <input type="text" value=""/> <input type="text"/>	Valor \$ _____ Periodicidad <input type="text" value=""/> <input type="text"/>
...recibe mensualmente ingresos por concepto de:	78 <div> Arriendos Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> V/r. \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> </div> <div> Intereses Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> V/r. \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> </div> <div> Pensiones de jubilación, vejez, invalidez, etc. Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> V/r. \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> </div> <div> Ayudas en dinero de personas de otros hogares Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> V/r. \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> </div>	<div> Arriendos Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> V/r. \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> </div> <div> Intereses Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> V/r. \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> </div> <div> Pensiones de jubilación, vejez, invalidez, etc. Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> V/r. \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> </div> <div> Ayudas en dinero de personas de otros hogares Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> V/r. \$ _____ No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> </div>
¿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	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
¿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	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
¿... va regularmente a cine?	83	<div><div>Sí</div><div>1</div><div></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div></div></div> <div><div>No sabe</div><div>9</div><div></div></div> <div>Pase a 85</div>	<div><div>Sí</div><div>1</div><div></div></div> <div><div>No</div><div>2</div><div></div></div> <div><div>No sabe</div><div>9</div><div></div></div> <div>Pase a 85</div>
¿Cada cuánto va a cine?	84	<div>Una o más veces por semana</div> <div>1</div> <div></div> <div>Cada quince días</div> <div>2</div> <div></div> <div>Cada mes</div> <div>3</div> <div></div>	<div>Una o más veces por semana</div> <div>1</div> <div></div> <div>Cada quince días</div> <div>2</div> <div></div> <div>Cada mes</div> <div>3</div> <div></div>
¿... en cuáles de las siguientes actividades participa? (marque x)	85	<div>Actividades políticas o sindicales</div> <div>1</div> <div></div> <div>Actividades de Acción Comunal, Defensa Civil o parroquiales</div> <div>1</div> <div></div> <div>Actividades de clubes o grupos culturales, sociales o deportivos</div> <div>1</div> <div></div> <div>Ninguna de las anteriores</div> <div>2</div> <div></div> <div>No sabe</div> <div>9</div> <div></div>	<div>Actividades políticas o sindicales</div> <div>1</div> <div></div> <div>Actividades de Acción Comunal, Defensa Civil o parroquiales</div> <div>1</div> <div></div> <div>Actividades de clubes o grupos culturales, sociales o deportivos</div> <div>1</div> <div></div> <div>Ninguna de las anteriores</div> <div>2</div> <div></div> <div>No sabe</div> <div>9</div> <div></div>
Durante este año, ¿cuántas veces ha salido de Bogotá en plan de descanso o vacaciones <u>por tres días o más</u> ?	86	<div>No. de veces</div> <div></div> <div></div> <div>No. total de días</div> <div></div> <div></div>	<div>No. de veces</div> <div></div> <div></div> <div>No. total de días</div> <div></div> <div></div>
¿... hace o ha hecho aportes al Seguro Social o a alguna caja de previsión social?	87	<div>Sí</div> <div>1</div> <div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div></div> <div>No sabe</div> <div>9</div> <div></div> <div>Si es hombre pase a 96 Si es mujer de 12 a 14 o de 50 años y más pase a 96</div>	<div>Sí</div> <div>1</div> <div></div> <div>No</div> <div>2</div> <div></div> <div>No sabe</div> <div>9</div> <div></div> <div>Si es hombre pase a 96 Si es mujer de 12 a 14 o de 50 años y más pase a 96</div>

VII - F Para mujeres de 15 a 49 años

¿... está embarazada?	88	Si <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"/>	Si <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"/>				
¿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="text" value="1"/> <input type="text"/>	Vivo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Muerto <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Vivo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>				
¿En qué fecha tuvo... su último hijo nacido vivo?	92	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año 19 <input type="text"/> <input type="text"/>			Mes <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="text" value="1"/> <input type="text"/> No. de consultas <input type="text"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No. de consultas <input type="text"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>				
Durante su último parto, ¿quién la asistió?	94	Un médico <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Una enfermera <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Una partera <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Otra persona <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Un médico <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Una enfermera <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Una partera <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Otra persona <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>





VII - DATOS DE LAS PERSONAS DEL HOGAR

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

03	04	05	06	1
				2
				3
<div>1</div> <div>2</div>	<div>H 1</div> <div>M 2</div>	<div>H 1</div> <div>M 2</div>	<div>H 1</div> <div>M 2</div>	4
<div>Años cumplidos</div> <div>Meses cumplidos</div>	<div>Años cumplidos</div> <div>Meses cumplidos</div>	<div>Años cumplidos</div> <div>Meses cumplidos</div>	<div>Años cumplidos</div> <div>Meses cumplidos</div>	5

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

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

Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
de orden 	No. de orden 	No. de orden 	No. de orden 

96

Observaciones

[illegible]

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	1	1
Falta de acueducto	1	1	1
Falta de alcantarillado	1	1	1
Más de 3 personas por cuarto	1	1	1
Ninguna de las anteriores	2	2	2
No se había conformado el hogar	3	3	3

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
Violaciones	1
Homicidios	1
Lesiones	1
Secuestros	1
Extorsiones	1
Desapariciones	1
Conductas agresivas	1
Abusos o negligencia por parte de las autoridades	1
Otros	1
Ninguno	2
No sabe	9

Pase a 4

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

Denuncia ante las autoridades	1
Denuncia ante otros organismos	1
Respondieron por su cuenta	1
Contrataron vigilancia o ayuda privada	1
Nada	2
No sabe	9

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

Sí	1
No	2

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

Sí	1
No	2

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

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

Pase a

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
En el patio o jardín de la casa	2
En zona verde comunal	3
En un parque público	4
En la vía pública (calle)	5

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
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 los corrigen ni castigan	2
No hay menores de 18 años	3

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

	Sí	No	No sabe
Discos o cassettes	1	2	9
Periódicos	1	2	9
Revistas	1	2	9
Fascículos coleccionables	1	2	9
Libros de información o recreación	1	2	9

Observaciones

Número de orden

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			
0. 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			
0. Cuartos alfombrados de pared a pared			
1. Aspiradora o brilladora			
2. Máximo tres personas por dormitorio			
3. Un dormitorio para cada pareja			
4. Una cama para cada pareja			
5. Una cama para cada persona mayor de 5 años			
6. Educación secundaria (bachillerato) completa			
7. Libros para consulta y lectura			
8. Escritorio exclusivo para estudio o trabajo			
9. Compra de periódicos o revistas semanalmente			
0. Muebles de sala			
1. Televisor			
2. Televisor en color			
3. Betamax			
4. Antena parabólica o T.V. por cable			
5. Vacaciones fuera de la ciudad, al menos una semana por año			
6. Celebración o fiesta con familiares y amigos (cumpleaños, bautizos, navidad)			
7. Ir mensualmente a un sitio de esparcimiento o diversión			
8. Ir mensualmente a un cine u otro espectáculo público			
9. Equipo de sonido, grabadora o radiola			
0. Automóvil			
1. Computador			
2. Teléfono público en el barrio			
3. Seguro de vida, invalidez e incapacidad para quienes sostienen económicamente el hogar			
4. Pensión de vejez			
5. Un regalo a los familiares y amigos cercanos, por lo menos una vez al año			
6. Vestido para ocasiones especiales			
7. Leche todos los días para los niños menores de 5 años			
8. Acceso a guardería para los niños			
9. Libros (adicionales a los escolares) para los niños			
0. Salida a paseo con los niños quincenalmente			
1. 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

1

1

Primaria

2

2

Secundaria

3

3

Superior o universitaria

4

4

No sabe

9

9

11. Sus padres fueron o han sido principalmente:

Padre

Madre

Obrero o jornalero

1

1

Empleado

2

2

Trabajador independiente o por cuenta propia

3

3

Patrón o empleador

4

4

Empleado doméstico

5

5

Oficios del hogar

6

6

Rentista

7

7

No sabe

9

9

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

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

Agresiones físicas

☐

Agresiones verbales

☐

Ninguna de las anteriores

☐

No había pareja

☐

No sabe

☐

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

Regaños o llamadas de atención

☐

Sanciones morales o privaciones

☐

Golpes con la mano

☐

Golpes con correa

☐

Golpes con el pie (patadas)

☐

Golpes con otros objetos (cables, palos, etc.)

☐

En otra forma

☐

No lo corregían ni castigaban

☐

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?

Si

No

No aplica

(1)

(2)

(3)

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

10. 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

10. Aspiradora o brilladora

11. Máximo tres personas por dormitorio

12. Un dormitorio para cada pareja

13. Una cama para cada pareja

14. Una cama para cada persona mayor de 5 años

15. Libros para consulta y lectura

16. Escritorio exclusivo para estudio o trabajo

17. Compran periódicos o revistas al menos una vez por semana

18. Muebles de sala

19. Televisor

20. Televisor en color

21. Betamax

22. Antena parabólica o T.V. por cable

23. Celebración o fiesta con familiares y amigos (cumpleaños, bautizos, navidad)

24. Equipo de sonido, grabadora o radiola

25. Automóvil

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

Elementos, servicios y situaciones	¿Lo tiene?		No aplica (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 ?		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		Anote los números correspondientes	
<div></div> <div></div> <div></div>		<div></div> <div></div> <div></div>	

XII - PERCEPCION SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR

1. Sus condiciones de vida en el hogar son:	5. ¿Usted considera que siempre ha sido pobre?
Muy agradables <div>1</div>	Sí <div>1</div>
Más o menos agradables <div>2</div>	No <div>2</div> } Pase a 6
Un poco desagradables <div>3</div>	
Muy desagradables <div>4</div>	
2. ¿Cómo cree usted que serán sus condiciones de vida en el año 2.000?	6. ¿Usted considera que algunas veces ha sido pobre?
Mejores que en este momento <div>1</div>	Sí <div>1</div>
Iguales que en este momento <div>2</div>	No <div>2</div>
Peores que en este momento <div>3</div>	
No sabe <div>9</div>	
3. Usted piensa que su nivel de vida actual respecto al que tenía 5 años atrás es:	7. Durante el presente año el hogar ha tenido dificultades por falta de dinero para: (marque una X por opción)
Mejor <div>1</div>	
Igual <div>2</div>	
Peor <div>3</div>	
4. ¿Usted considera que actualmente es pobre?	
Sí <div>1</div>	
No <div>2</div> Pase a 6	

	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Ninguna dificultad
Pago de arriendo o cuotas de amortización de la vivienda	<div>1</div>	<div>2</div>	<div>3</div>
Pago de servicios (agua, luz, teléfono y gas)	<div>1</div>	<div>2</div>	<div>3</div>
Compra de alimentos	<div>1</div>	<div>2</div>	<div>3</div>
Pagos en salud (médico, odontólogo, medicamentos, hospitalización)	<div>1</div>	<div>2</div>	<div>3</div>
Pagos en educación (colegios, universidades)	<div>1</div>	<div>2</div>	<div>3</div>

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	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Pereza o falta de interés por progresar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Familia numerosa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Falta de educación o capacitación	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Desempleo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Empleo mal remunerado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Concentración de la riqueza	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Corrupción política y administrativa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Mal manejo del país	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Explotación inadecuada de los recursos naturales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Deuda externa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Violencia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Mala suerte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Otro motivo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

11. En su opinión en Bogotá hay:

Mucha pobreza	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Poca pobreza	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
No hay pobreza	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

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

XIII - OPINION SOBRE LA ENCUESTA

Persona que suministró la mayoría de la información

Nombre _____ No. de orden ☐ ☐

¿Le gustó la encuesta?

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

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

Muy extensa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Se inmiscuye en la vida privada	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Pregunta cosas sin importancia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Otros. ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

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