



**B. DATOS DE LA VIVIENDA** (para el primer hogar de la vivienda)

## 1. Tipo de vivienda (diligencie por observación)

- Casa  1
- Apartamento  2
- Cuarto(s)  3
- Otra vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, refugio natural, etc.)  4

## 2. ¿La vivienda cuenta con el servicio de energía eléctrica?

- Sí  1  No  2  Estrato para tarifa

## 3. La vivienda ocupada por este hogar es:

- Propia  1
- En arriendo o subarriendo  2
- En usufructo  3
- Otra forma de tenencia (posesión sin título, ocupante de hecho, propiedad colectiva)  4

**C. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN EL BARRIO Y EN EL HOGAR** (para todos los hogares de la vivienda, responde el jefe del hogar o su cónyuge)1. Durante 2014, cuáles de los siguientes problemas sabe usted se presentaron en el barrio YYYYYYY:

- |                        |   |                                      |   |
|------------------------|---|--------------------------------------|---|
| a. Hurto a personas    | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | g. Expendio o distribución de drogas | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Hurto a residencias | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | h. Riñas                             | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| c. Hurto a comercio    | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | i. Vandalismo                        | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| d. Hurto de vehículos  | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | j. Consumo de drogas                 | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| e. Homicidios          | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | k. Petardos o granadas               | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| f. Extorsiones         | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |                                      |   |

2. Durante 2014, ¿usted tuvo conocimiento de la presencia de algunos de los siguientes grupos en el barrio YYYYYYY:

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| a. Combos o pandillas    | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Expendedores de droga | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| c. Barras bravas         | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| d. Guerrilla             | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| e. Bandas criminales     | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

## 3. Durante 2014, cuáles de las siguientes medidas tomaron en este hogar para protegerse de la delincuencia:

- |  |   |
|--|---|
| a. Se instalaron rejas, cerraduras de seguridad, trancas, candados, etc.               | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Se instalaron alarmas, cámaras de vigilancia, circuitos cerrados de seguridad, etc. | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| c. Se contrató vigilancia privada  | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| d. Se adquirieron armas de fuego   | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| e. Se adquirió algún seguro contra robo  | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| f. Se acudió a seguridad informal  | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| g. Se cambiaron de vivienda  | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

**OBSERVACIONES**


---



---



---



---



---



---



---



---

**D. HURTO A RESIDENCIA** (para todos los hogares de la vivienda, responde el jefe del hogar o su cónyuge)

1. En lo corrido del 2015, ¿este hogar ha sufrido de hurto a residencia?

Sí   No

2. Durante el 2014, ¿este hogar sufrió de hurto a residencia?

Sí   Continúe  → Cuántas veces  Cuántos denunció   
No   Pase al capítulo E

**A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.**

3. ¿Cuándo se presentó el último o único hurto?

Enero 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Julio 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Febrero 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Agosto 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Marzo 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Septiembre 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abril 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Octubre 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mayo 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Noviembre 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Junio 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diciembre 2014	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. ¿De qué forma ingresaron los delincuentes a la residencia?

Manipulación o violencia de cerradura, puerta o ventana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abuso de confianza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Descuido (factor de oportunidad)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Amenaza o uso de la fuerza en contra de alguna(s) persona(s) para permitir el ingreso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suplantación de autoridad o engaño	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Saltar tapia, muro, terraza o tejado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
No sabe, no responde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5. Los bienes sustraídos en el último o único hurto eran:

a. De uso personal	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Muebles y enseres	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Dinero	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Otro, ¿cuál? _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6. ¿En cuánto estima el valor de los objetos hurtados?

De \$ 100.000 o menos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	De \$ 100.001 a \$ 500.000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
De \$ 500.001 a \$ 1.000.000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	De \$ 1.000.001 a \$ 2.000.000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
De \$ 2.000.001 o más	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

7. ¿A qué hora ocurrió el hurto?

Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
No sabe, no responde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

8. ¿Se encontraba alguna persona en la residencia al momento del hurto?

Sí   Continúe  
No   Pase a 10

9. Durante el hurto, se amenazó o agredió a alguien utilizando:

a. Arma de fuego	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Otro, ¿cuál? _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**D. HURTO A RESIDENCIA** (para todos los hogares de la vivienda, responde el jefe del hogar o su cónyuge) (continuación)

10. En el momento del hurto, con cuáles de los siguientes sistemas de seguridad contaba el hogar:

- |  |    |   |    |   |
|--|----|---|----|---|
| a. Vigilancia privada  | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Vigilancia informal                                       | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| c. Cámaras de vigilancia, alarmas y/o sensores de movimiento | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| d. Cerraduras de seguridad y/o rejas                         | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

11. Como consecuencia del hurto, ¿se tomó alguna medida de seguridad?

- Sí  1  Continúe  
No  2  Pase a 13

12. ¿Qué medidas de seguridad se tomaron en el hogar:

- |   |    |   |    |   |
|---|----|---|----|---|
| a. Se permanece más tiempo en la vivienda                                 | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Se recurrió a vigilancia privada o informal                            | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| c. Se compraron cámaras de vigilancia, alarmas y/o sensores de movimiento | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| d. Se compraron cerraduras de seguridad                                   | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| e. Se adquirió un perro guardián  | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| f. El hogar cambió de vivienda  | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

13. Como consecuencia del hurto, ¿usted o algún miembro de su hogar:

- |   |    |   |    |   |
|---|----|---|----|---|
| a. Se comunicó con las líneas de emergencia 123 o 112 | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Contactó al policía de su Cuadrante                | Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

14. ¿Se denunció el hurto?

- Sí  1  Continúe  
No  2  Pase a 20

15. ¿A qué lugar acudió?

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Estación de Policía                              | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | Página web de la Policía                       | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |
| Ninguna de las anteriores                        | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | No sabe  | <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |

16. Ante qué autoridad presentó la denuncia:

- |                  |   |                           |   |
|------------------|---|---------------------------|---|
| SIJÍN-DIJÍN      | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | Fiscalía                  | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| Policía Nacional | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | Ninguna de las anteriores | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |
| No sabe          | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |                           |   |

17. ¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hurto?

- 1  Cumplir una obligación ciudadana  
 2  Buscar justicia  
 3  Buscar protección  
 4  Evitar que pase de nuevo  
 5  Recuperar los bienes hurtados  
 6  Requisito para algún trámite  
 7  Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

18. ¿Considera que la atención que recibió durante la denuncia fue satisfactoria?

- Sí  1  Pase a 21  
No  2  Continúe



NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS DEL HOGAR	1	01	02
Registre el (los) nombre(s) y apellido(s) de todas las personas que conforman este hogar	2	_____	_____
Sexo:	3	Hombre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Cuántos años cumplidos tiene ...?	4	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### E. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (para todas las personas del hogar)

¿Cuál es el parentesco de... con la persona jefe o jefa del hogar?	5	Jefe(a) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) o hijastro(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Padre, madre, suegro(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Empleado del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Otro no pariente <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> <i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>	Jefe(a) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) o hijastro(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Padre, madre, suegro(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Empleado del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Otro no pariente <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> <i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?	6	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Básica primaria (1-5) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Básica secundaria (6-9) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Media (10-13) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Superior o universitaria <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe/No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Básica primaria (1-5) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Básica secundaria (6-9) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Media (10-13) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Superior o universitaria <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe/No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
... actualmente:	7	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Está casado(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Está casado(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
¿Cuánto tiempo lleva ... viviendo en la ciudad de <u>XXXXXXXXXX</u> ?	8	Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 5 años <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 10 años <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 años y más <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 5 años <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 10 años <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 años y más <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
¿Cuánto tiempo lleva ... viviendo en el barrio de <u>YYYYYYYYYY</u> ?	9	Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 5 años <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 10 años <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 años y más <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y menos de 5 años <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 10 años <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 años y más <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo la semana pasada?	10	Trabajando <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Ocio <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> <i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>	Trabajando <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Estudiando <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Ocio <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> <i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>

### E. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (para todas las personas del hogar)

Jefe(a)	<input type="text" value="1"/>	5						
Cónyuge, compañero(a)	<input type="text" value="2"/>							
Hijo(a) o hijastro(a)	<input type="text" value="3"/>							
Yerno, nuera	<input type="text" value="4"/>							
Nieto(a)	<input type="text" value="5"/>							
Padre, madre, suegro(a)	<input type="text" value="6"/>							
Hermano(a)	<input type="text" value="7"/>							
Otro pariente	<input type="text" value="8"/>							
Empleado del servicio doméstico	<input type="text" value="9"/>	Empleado del servicio doméstico	<input type="text" value="9"/>	Empleado del servicio doméstico	<input type="text" value="9"/>	Empleado del servicio doméstico	<input type="text" value="9"/>	
Otro no pariente	<input type="text" value="10"/>							
<i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>		<i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>		<i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>		<i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>		
Ninguno	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	Ninguno	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	Ninguno	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	Ninguno	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	6
Preescolar	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	Preescolar	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	Preescolar	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	Preescolar	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	
Básica primaria (1-5)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/>	Básica primaria (1-5)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/>	Básica primaria (1-5)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/>	Básica primaria (1-5)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/>	
Básica secundaria (6-9)	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/>	Básica secundaria (6-9)	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/>	Básica secundaria (6-9)	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/>	Básica secundaria (6-9)	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/>	
Media (10-13)	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/>	Media (10-13)	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/>	Media (10-13)	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/>	Media (10-13)	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/>	
Superior o universitaria	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>	Superior o universitaria	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>	Superior o universitaria	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>	Superior o universitaria	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>	
No sabe/No informa	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	No sabe/No informa	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	No sabe/No informa	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	No sabe/No informa	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	
No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	<input type="text" value="1"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	<input type="text" value="1"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	<input type="text" value="1"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	<input type="text" value="1"/>	7
No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	<input type="text" value="2"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	<input type="text" value="2"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	<input type="text" value="2"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	<input type="text" value="2"/>	
Está casado(a)	<input type="text" value="3"/>							
Está viudo(a)	<input type="text" value="4"/>							
Está separado(a) o divorciado(a)	<input type="text" value="5"/>	Está separado(a) o divorciado(a)	<input type="text" value="5"/>	Está separado(a) o divorciado(a)	<input type="text" value="5"/>	Está separado(a) o divorciado(a)	<input type="text" value="5"/>	
Está soltero(a)	<input type="text" value="6"/>							
Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	8
Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	
Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	
10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	
Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	9
Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	
Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	
10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	
Trabajando	<input type="text" value="1"/>	10						
Buscando trabajo	<input type="text" value="2"/>							
Estudiando	<input type="text" value="3"/>							
Oficios del hogar	<input type="text" value="4"/>							
Incapacitado permanente para trabajar	<input type="text" value="5"/>	Incapacitado permanente para trabajar	<input type="text" value="5"/>	Incapacitado permanente para trabajar	<input type="text" value="5"/>	Incapacitado permanente para trabajar	<input type="text" value="5"/>	
Pensionado	<input type="text" value="6"/>							
Ocio	<input type="text" value="7"/>							
Otra actividad, ¿cuál?	<input type="text" value="8"/>							
<i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>		<i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>		<i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>		<i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>		

### E. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (para todas las personas del hogar) (conclusión)

Principalmente, en qué lugar realiza ... esta actividad:	11	En esta vivienda <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otras viviendas <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> En un vehículo <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> De puerta en puerta <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Sitio al descubierto en la calle <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> En el campo o área rural, mar o río <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> En una obra en construcción <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> En otro lugar, ¿cuál? <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	En esta vivienda <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otras viviendas <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> En un vehículo <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> De puerta en puerta <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Sitio al descubierto en la calle <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> En el campo o área rural, mar o río <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> En una obra en construcción <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> En otro lugar, ¿cuál? <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
Normalmente, en qué jornada desarrolla... esta actividad:	12	Diurna <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Nocturna <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Ambas <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Diurna <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Nocturna <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Ambas <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>

### F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En general, ¿cómo se siente ... en el barrio <u>YYYYYYYYYY</u> :	1	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Continúe																																																																		
¿Qué tan inseguro(a):	2	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>																																																																		
... se siente inseguro(a) en el barrio <u>YYYYYYYYYY</u> :	3	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g. Porque existen expendios de droga (ollas).</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i. Porque hay presencia de guerrilla.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>j. Porque hay presencia de bandas criminales.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas).	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	j. Porque hay presencia de bandas criminales.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g. Porque existen expendios de droga (ollas).</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i. Porque hay presencia de guerrilla.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>j. Porque hay presencia de bandas criminales.</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas).	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	j. Porque hay presencia de bandas criminales.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
	Sí	No																																																																			
a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
g. Porque existen expendios de droga (ollas).	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
i. Porque hay presencia de guerrilla.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
j. Porque hay presencia de bandas criminales.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
	Sí	No																																																																			
a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
g. Porque existen expendios de droga (ollas).	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
i. Porque hay presencia de guerrilla.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
j. Porque hay presencia de bandas criminales.	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																			
En general, ¿cómo se siente... en la ciudad de <u>XXXXXXXXXX</u> :	4	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Continúe																																																																		

### E. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (para todas las personas del hogar) (conclusión)

En esta vivienda	<input type="text" value="1"/>	11						
En otras viviendas	<input type="text" value="2"/>							
En un vehículo	<input type="text" value="3"/>							
De puerta en puerta	<input type="text" value="4"/>	De puerta en puerta	<input type="text" value="4"/>	De puerta en puerta	<input type="text" value="4"/>	De puerta en puerta	<input type="text" value="4"/>	
Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="5"/>	Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="5"/>	Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="5"/>	Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="5"/>	
Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="6"/>	Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="6"/>	Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="6"/>	Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="6"/>	
En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="7"/>	En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="7"/>	En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="7"/>	En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="7"/>	
En una obra en construcción	<input type="text" value="8"/>	En una obra en construcción	<input type="text" value="8"/>	En una obra en construcción	<input type="text" value="8"/>	En una obra en construcción	<input type="text" value="8"/>	
En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="9"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="9"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="9"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="9"/>	12
Diurna	<input type="text" value="1"/>							
Nocturna	<input type="text" value="2"/>							
Ambas	<input type="text" value="3"/>							

### F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	1
Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	
Sí No a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	Sí No a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	Sí No a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	Sí No a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	3
b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
i. Porque hay presencia de guerrilla. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
j. Porque hay presencia de bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	j. Porque hay presencia de bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	j. Porque hay presencia de bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	j. Porque hay presencia de bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	4



**F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)**

<p>Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>		<p>Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	5
<p>Sí No</p> <p>a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>i. Porque hay presencia de guerrilla. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>j. Porque hay presencia de bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>k. Por la falta de empleo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>Sí No</p> <p>a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>i. Porque hay presencia de guerrilla. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>j. Porque hay presencia de bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>k. Por la falta de empleo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>Sí No</p> <p>a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>i. Porque hay presencia de guerrilla. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>j. Porque hay presencia de bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>k. Por la falta de empleo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>Sí No</p> <p>a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>i. Porque hay presencia de guerrilla. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>j. Porque hay presencia de bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>k. Por la falta de empleo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	6
<p>Aumentó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Disminuyó <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Siguió igual. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>Aumentó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Disminuyó <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Siguió igual. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>Aumentó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Disminuyó <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Siguió igual. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>Aumentó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Disminuyó <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Siguió igual. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	7
<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 10</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 10</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 10</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 10</p>	8
<p>Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	9

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)**

<p>Con respecto a la seguridad, ¿cómo se siente ... en los siguientes lugares:</p>	10	<table border="0"> <tr> <td>a. Donde realiza su actividad principal</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Plazas de mercado, calles comerciales</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e. Cajeros automáticos en vía pública</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f. En vía pública</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g. Puentes peatonales.</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	a. Donde realiza su actividad principal	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>	b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	c. Plazas de mercado, calles comerciales	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	e. Cajeros automáticos en vía pública	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	f. En vía pública	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>	g. Puentes peatonales.	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td>a. Donde realiza su actividad principal</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Plazas de mercado, calles comerciales</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e. Cajeros automáticos en vía pública</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f. En vía pública</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g. Puentes peatonales.</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</td> <td>Seguro</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inseguro</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No frecuenta el sitio</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	a. Donde realiza su actividad principal	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>	b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	c. Plazas de mercado, calles comerciales	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	e. Cajeros automáticos en vía pública	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	f. En vía pública	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>	g. Puentes peatonales.	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>	h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento	Seguro	1	<input type="text"/>		Inseguro	2	<input type="text"/>		No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>
a. Donde realiza su actividad principal	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
c. Plazas de mercado, calles comerciales	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
e. Cajeros automáticos en vía pública	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
f. En vía pública	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
g. Puentes peatonales.	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
a. Donde realiza su actividad principal	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
c. Plazas de mercado, calles comerciales	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
e. Cajeros automáticos en vía pública	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
f. En vía pública	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
g. Puentes peatonales.	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento	Seguro	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	Inseguro	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
	No frecuenta el sitio	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																
<p>¿Cuál es la principal medida que toma para su seguridad:</p>	11	<table border="0"> <tr> <td>Cambia de rutina o de actividades</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Evita salir de noche</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Evita salir solo</td> <td>4</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Evita hablar con desconocidos</td> <td>5</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor</td> <td>6</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Otra</td> <td>7</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td>8</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Cambia de rutina o de actividades	1	<input type="text"/>	Evita salir de noche	2	<input type="text"/>	Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos	3	<input type="text"/>	Evita salir solo	4	<input type="text"/>	Evita hablar con desconocidos	5	<input type="text"/>	Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor	6	<input type="text"/>	Otra	7	<input type="text"/>	Ninguna	8	<input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td>Cambia de rutina o de actividades</td> <td>1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Evita salir de noche</td> <td>2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos</td> <td>3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Evita salir solo</td> <td>4</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Evita hablar con desconocidos</td> <td>5</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor</td> <td>6</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Otra</td> <td>7</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td>8</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Cambia de rutina o de actividades	1	<input type="text"/>	Evita salir de noche	2	<input type="text"/>	Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos	3	<input type="text"/>	Evita salir solo	4	<input type="text"/>	Evita hablar con desconocidos	5	<input type="text"/>	Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor	6	<input type="text"/>	Otra	7	<input type="text"/>	Ninguna	8	<input type="text"/>																																																																																																																																
Cambia de rutina o de actividades	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Evita salir de noche	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Evita salir solo	4	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Evita hablar con desconocidos	5	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor	6	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Otra	7	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Ninguna	8	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Cambia de rutina o de actividades	1	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Evita salir de noche	2	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos	3	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Evita salir solo	4	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Evita hablar con desconocidos	5	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor	6	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Otra	7	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
Ninguna	8	<input type="text"/>																																																																																																																																																																																	
<p>Para ... ¿en cuáles de las siguientes situaciones justificaría usar la violencia:</p>	12	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Para ayudarle a la familia</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Para castigar un delincuente</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Cuando es en defensa propia</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. En caso de infidelidad</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e. Para defender a un desconocido de una agresión</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. Para defender propiedades o bienes</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Para ayudarle a la familia	1	2	b. Para castigar un delincuente	1	2	c. Cuando es en defensa propia	1	2	d. En caso de infidelidad	1	2	e. Para defender a un desconocido de una agresión	1	2	f. Para defender propiedades o bienes	1	2	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Para ayudarle a la familia</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b. Para castigar un delincuente</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c. Cuando es en defensa propia</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d. En caso de infidelidad</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e. Para defender a un desconocido de una agresión</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f. Para defender propiedades o bienes</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Para ayudarle a la familia	1	2	b. Para castigar un delincuente	1	2	c. Cuando es en defensa propia	1	2	d. En caso de infidelidad	1	2	e. Para defender a un desconocido de una agresión	1	2	f. Para defender propiedades o bienes	1	2																																																																																																																																						
	Sí	No																																																																																																																																																																																	
a. Para ayudarle a la familia	1	2																																																																																																																																																																																	
b. Para castigar un delincuente	1	2																																																																																																																																																																																	
c. Cuando es en defensa propia	1	2																																																																																																																																																																																	
d. En caso de infidelidad	1	2																																																																																																																																																																																	
e. Para defender a un desconocido de una agresión	1	2																																																																																																																																																																																	
f. Para defender propiedades o bienes	1	2																																																																																																																																																																																	
	Sí	No																																																																																																																																																																																	
a. Para ayudarle a la familia	1	2																																																																																																																																																																																	
b. Para castigar un delincuente	1	2																																																																																																																																																																																	
c. Cuando es en defensa propia	1	2																																																																																																																																																																																	
d. En caso de infidelidad	1	2																																																																																																																																																																																	
e. Para defender a un desconocido de una agresión	1	2																																																																																																																																																																																	
f. Para defender propiedades o bienes	1	2																																																																																																																																																																																	

**F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)**

<p>a. Donde realiza su actividad principal</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>c. Plazas de mercado, calles comerciales</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>e. Cajeros automáticos en vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>f. En vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Puentes peatonales.</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Donde realiza su actividad principal</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>c. Plazas de mercado, calles comerciales</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>e. Cajeros automáticos en vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>f. En vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Puentes peatonales.</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Donde realiza su actividad principal</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>c. Plazas de mercado, calles comerciales</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>e. Cajeros automáticos en vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>f. En vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Puentes peatonales.</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Donde realiza su actividad principal</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>c. Plazas de mercado, calles comerciales</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>e. Cajeros automáticos en vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>f. En vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Puentes peatonales.</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>h. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	10
<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	11
<p>a. Para ayudarle a la familia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Para castigar un delincuente <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Cuando es en defensa propia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. En caso de infidelidad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Para defender a un desconocido de una agresión <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Para defender propiedades o bienes <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Para ayudarle a la familia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Para castigar un delincuente <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Cuando es en defensa propia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. En caso de infidelidad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Para defender a un desconocido de una agresión <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Para defender propiedades o bienes <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Para ayudarle a la familia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Para castigar un delincuente <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Cuando es en defensa propia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. En caso de infidelidad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Para defender a un desconocido de una agresión <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Para defender propiedades o bienes <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Para ayudarle a la familia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Para castigar un delincuente <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Cuando es en defensa propia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. En caso de infidelidad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Para defender a un desconocido de una agresión <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Para defender propiedades o bienes <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	12

**F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)**

¿Qué haría... si es testigo de un hecho delictivo, como hurto o agresión física?	13	Acude en ayuda de la persona	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	Acude en ayuda de la persona	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>
		Pide auxilio	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	Pide auxilio	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
		Huye	<input type="text"/> 3 <input type="text"/>	Huye	<input type="text"/> 3 <input type="text"/>
		No hace nada	<input type="text"/> 4 <input type="text"/>	No hace nada	<input type="text"/> 4 <input type="text"/>

**G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más)**

En lo corrido de 2015, ¿... ha sido propietario(a) de algún vehículo?	1	Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Continúe No <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Pase a G3	Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Continúe No <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Pase a G3																								
En lo corrido del 2015, ¿alguno de estos vehículos ha sido hurtado (completo o alguna parte)?	2	Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/> No <input type="text"/> 2 <input type="text"/>	Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/> No <input type="text"/> 2 <input type="text"/>																								
Durante el 2014, .... fue propietario(a) de alguno de los siguientes tipos de vehículos:	3	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Automóvil u otro auto-motor</td> <td><input type="text"/> 1 <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> 2 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Motocicleta</td> <td><input type="text"/> 1 <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> 2 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Bicicleta</td> <td><input type="text"/> 1 <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> 2 <input type="text"/></td> </tr> </table> <p><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i></p>		Sí	No	a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	b. Motocicleta	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	c. Bicicleta	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Automóvil u otro auto-motor</td> <td><input type="text"/> 1 <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> 2 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Motocicleta</td> <td><input type="text"/> 1 <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> 2 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Bicicleta</td> <td><input type="text"/> 1 <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> 2 <input type="text"/></td> </tr> </table> <p><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i></p>		Sí	No	a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	b. Motocicleta	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	c. Bicicleta	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
	Sí	No																									
a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>																									
b. Motocicleta	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>																									
c. Bicicleta	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>																									
	Sí	No																									
a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>																									
b. Motocicleta	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>																									
c. Bicicleta	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>																									
Durante el 2014, ¿alguno de estos vehículos fue hurtado (completo o alguna parte)?	4	Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/> → Cuántas veces <input type="text"/> Cuántos denunció <input type="text"/> No <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Pase al capítulo H	Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/> → Cuántas veces <input type="text"/> Cuántos denunció <input type="text"/> No <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Pase al capítulo H																								

**A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.**

¿Cuándo se presentó el último o único hurto?	5	Enero 2014	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	Enero 2014	<input type="text"/> 1 <input type="text"/>
		Febrero 2014	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	Febrero 2014	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>
		Marzo 2014	<input type="text"/> 3 <input type="text"/>	Marzo 2014	<input type="text"/> 3 <input type="text"/>
		Abril 2014	<input type="text"/> 4 <input type="text"/>	Abril 2014	<input type="text"/> 4 <input type="text"/>
		Mayo 2014	<input type="text"/> 5 <input type="text"/>	Mayo 2014	<input type="text"/> 5 <input type="text"/>
		Junio 2014	<input type="text"/> 6 <input type="text"/>	Junio 2014	<input type="text"/> 6 <input type="text"/>
		Julio 2014	<input type="text"/> 7 <input type="text"/>	Julio 2014	<input type="text"/> 7 <input type="text"/>
		Agosto 2014	<input type="text"/> 8 <input type="text"/>	Agosto 2014	<input type="text"/> 8 <input type="text"/>
		Septiembre 2014	<input type="text"/> 9 <input type="text"/>	Septiembre 2014	<input type="text"/> 9 <input type="text"/>
		Octubre 2014	<input type="text"/> 10 <input type="text"/>	Octubre 2014	<input type="text"/> 10 <input type="text"/>
		Noviembre 2014	<input type="text"/> 11 <input type="text"/>	Noviembre 2014	<input type="text"/> 11 <input type="text"/>
		Diciembre 2014	<input type="text"/> 12 <input type="text"/>	Diciembre 2014	<input type="text"/> 12 <input type="text"/>
En el único o último hurto, ¿qué tipo de vehículo (parte o completo) le fue hurtado a...?	6	a. Automóvil u otro automotor <input type="text"/> 1 <input type="text"/> b. Motocicleta <input type="text"/> 2 <input type="text"/> c. Bicicleta <input type="text"/> 3 <input type="text"/>	a. Automóvil u otro automotor <input type="text"/> 1 <input type="text"/> b. Motocicleta <input type="text"/> 2 <input type="text"/> c. Bicicleta <input type="text"/> 3 <input type="text"/>		
¿A... le hurtaron el vehículo completo o partes?	7	Partes del vehículo <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Continúe Vehículo completo <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Pase a 9	Partes del vehículo <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Continúe Vehículo completo <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Pase a 9		

### F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

Acude en ayuda de la persona	<input type="text" value="1"/>	Acude en ayuda de la persona	<input type="text" value="1"/>	Acude en ayuda de la persona	<input type="text" value="1"/>	Acude en ayuda de la persona	<input type="text" value="1"/>	13
Pide auxilio	<input type="text" value="2"/>							
Huye	<input type="text" value="3"/>							
No hace nada	<input type="text" value="4"/>							

### G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí <input type="text" value="1"/>	Continúe	1						
No <input type="text" value="2"/>	Pase a G3	No <input type="text" value="2"/>	Pase a G3	No <input type="text" value="2"/>	Pase a G3	No <input type="text" value="2"/>	Pase a G3	
Sí <input type="text" value="1"/>		Sí <input type="text" value="1"/>		Sí <input type="text" value="1"/>		Sí <input type="text" value="1"/>		2
No <input type="text" value="2"/>		No <input type="text" value="2"/>		No <input type="text" value="2"/>		No <input type="text" value="2"/>		
a. Automóvil u otro auto-motor	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	a. Automóvil u otro auto-motor	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	a. Automóvil u otro auto-motor	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	a. Automóvil u otro auto-motor	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	3
b. Motocicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
c. Bicicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i>		
Sí <input type="text" value="1"/>	→ Cuántas veces <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	→ Cuántas veces <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	→ Cuántas veces <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	→ Cuántas veces <input type="text"/>	3
No <input type="text" value="2"/>	Cuántos denunció <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/>	Cuántos denunció <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/>	Cuántos denunció <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/>	Cuántos denunció <input type="text"/>	
Pase al capítulo H		Pase al capítulo H		Pase al capítulo H		Pase al capítulo H		

**A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.**

Enero 2014	<input type="text" value="1"/>	Enero 2014	<input type="text" value="1"/>	Enero 2014	<input type="text" value="1"/>	Enero 2014	<input type="text" value="1"/>	5
Febrero 2014	<input type="text" value="2"/>	Febrero 2014	<input type="text" value="2"/>	Febrero 2014	<input type="text" value="2"/>	Febrero 2014	<input type="text" value="2"/>	
Marzo 2014	<input type="text" value="3"/>	Marzo 2014	<input type="text" value="3"/>	Marzo 2014	<input type="text" value="3"/>	Marzo 2014	<input type="text" value="3"/>	
Abril 2014	<input type="text" value="4"/>	Abril 2014	<input type="text" value="4"/>	Abril 2014	<input type="text" value="4"/>	Abril 2014	<input type="text" value="4"/>	
Mayo 2014	<input type="text" value="5"/>	Mayo 2014	<input type="text" value="5"/>	Mayo 2014	<input type="text" value="5"/>	Mayo 2014	<input type="text" value="5"/>	
Junio 2014	<input type="text" value="6"/>	Junio 2014	<input type="text" value="6"/>	Junio 2014	<input type="text" value="6"/>	Junio 2014	<input type="text" value="6"/>	
Julio 2014	<input type="text" value="7"/>	Julio 2014	<input type="text" value="7"/>	Julio 2014	<input type="text" value="7"/>	Julio 2014	<input type="text" value="7"/>	
Agosto 2014	<input type="text" value="8"/>	Agosto 2014	<input type="text" value="8"/>	Agosto 2014	<input type="text" value="8"/>	Agosto 2014	<input type="text" value="8"/>	
Septiembre 2014	<input type="text" value="9"/>	Septiembre 2014	<input type="text" value="9"/>	Septiembre 2014	<input type="text" value="9"/>	Septiembre 2014	<input type="text" value="9"/>	
Octubre 2014	<input type="text" value="10"/>	Octubre 2014	<input type="text" value="10"/>	Octubre 2014	<input type="text" value="10"/>	Octubre 2014	<input type="text" value="10"/>	
Noviembre 2014	<input type="text" value="11"/>	Noviembre 2014	<input type="text" value="11"/>	Noviembre 2014	<input type="text" value="11"/>	Noviembre 2014	<input type="text" value="11"/>	
Diciembre 2014	<input type="text" value="12"/>	Diciembre 2014	<input type="text" value="12"/>	Diciembre 2014	<input type="text" value="12"/>	Diciembre 2014	<input type="text" value="12"/>	
a. Automóvil u otro automotor	<input type="text" value="1"/>	a. Automóvil u otro automotor	<input type="text" value="1"/>	a. Automóvil u otro automotor	<input type="text" value="1"/>	a. Automóvil u otro automotor	<input type="text" value="1"/>	6
b. Motocicleta	<input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="2"/>	
c. Bicicleta	<input type="text" value="3"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="3"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="3"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="3"/>	
Partes del vehículo	<input type="text" value="1"/>	Continúe	Partes del vehículo	<input type="text" value="1"/>	Continúe	Partes del vehículo	<input type="text" value="1"/>	7
Vehículo completo	<input type="text" value="2"/>	Pase a 9	Vehículo completo	<input type="text" value="2"/>	Pase a 9	Vehículo completo	<input type="text" value="2"/>	
Pase a 9		Pase a 9		Pase a 9		Pase a 9		

### G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

¿Qué parte(s) o pieza(s) le hurtaron?	8 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>a. Rueda(s), rin(es), llanta(s)</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>b. Espejo(s)</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>c. Luces</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>d. Batería</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra)</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>f. Radio</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>g. Otro, ¿cuál? _____</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s)	1	<input type="text"/>	b. Espejo(s)	1	<input type="text"/>	c. Luces	1	<input type="text"/>	d. Batería	1	<input type="text"/>	e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra)	1	<input type="text"/>	f. Radio	1	<input type="text"/>	g. Otro, ¿cuál? _____	1	<input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>a. Rueda(s), rin(es), llanta(s)</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>b. Espejo(s)</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>c. Luces</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>d. Batería</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra)</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>f. Radio</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>g. Otro, ¿cuál? _____</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s)	1	<input type="text"/>	b. Espejo(s)	1	<input type="text"/>	c. Luces	1	<input type="text"/>	d. Batería	1	<input type="text"/>	e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra)	1	<input type="text"/>	f. Radio	1	<input type="text"/>	g. Otro, ¿cuál? _____	1	<input type="text"/>
a. Rueda(s), rin(es), llanta(s)	1	<input type="text"/>																																										
b. Espejo(s)	1	<input type="text"/>																																										
c. Luces	1	<input type="text"/>																																										
d. Batería	1	<input type="text"/>																																										
e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra)	1	<input type="text"/>																																										
f. Radio	1	<input type="text"/>																																										
g. Otro, ¿cuál? _____	1	<input type="text"/>																																										
a. Rueda(s), rin(es), llanta(s)	1	<input type="text"/>																																										
b. Espejo(s)	1	<input type="text"/>																																										
c. Luces	1	<input type="text"/>																																										
d. Batería	1	<input type="text"/>																																										
e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra)	1	<input type="text"/>																																										
f. Radio	1	<input type="text"/>																																										
g. Otro, ¿cuál? _____	1	<input type="text"/>																																										
¿En cuánto estima... el valor del vehículo o partes hurtadas?	9 Valor \$ _____	Valor \$ _____																																										
¿De qué manera hurtaron el vehículo o la parte?	10 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Engaño</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Atraco</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Halado</td><td>3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Descuido (factor de oportunidad)</td><td>4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Violentaron el vehículo</td><td>5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otro, ¿cuál? _____</td><td>6</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Engaño	1	<input type="text"/>	Atraco	2	<input type="text"/>	Halado	3	<input type="text"/>	Descuido (factor de oportunidad)	4	<input type="text"/>	Violentaron el vehículo	5	<input type="text"/>	Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Engaño</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Atraco</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Halado</td><td>3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Descuido (factor de oportunidad)</td><td>4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Violentaron el vehículo</td><td>5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otro, ¿cuál? _____</td><td>6</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Engaño	1	<input type="text"/>	Atraco	2	<input type="text"/>	Halado	3	<input type="text"/>	Descuido (factor de oportunidad)	4	<input type="text"/>	Violentaron el vehículo	5	<input type="text"/>	Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="text"/>						
Engaño	1	<input type="text"/>																																										
Atraco	2	<input type="text"/>																																										
Halado	3	<input type="text"/>																																										
Descuido (factor de oportunidad)	4	<input type="text"/>																																										
Violentaron el vehículo	5	<input type="text"/>																																										
Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="text"/>																																										
Engaño	1	<input type="text"/>																																										
Atraco	2	<input type="text"/>																																										
Halado	3	<input type="text"/>																																										
Descuido (factor de oportunidad)	4	<input type="text"/>																																										
Violentaron el vehículo	5	<input type="text"/>																																										
Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="text"/>																																										
El último o único hurto ocurrió:	11 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>En este municipio</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>En otro municipio, ¿cuál? _____</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	En este municipio	1	<input type="text"/>	En otro municipio, ¿cuál? _____	2	<input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>En este municipio</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>En otro municipio, ¿cuál? _____</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	En este municipio	1	<input type="text"/>	En otro municipio, ¿cuál? _____	2	<input type="text"/>																														
En este municipio	1	<input type="text"/>																																										
En otro municipio, ¿cuál? _____	2	<input type="text"/>																																										
En este municipio	1	<input type="text"/>																																										
En otro municipio, ¿cuál? _____	2	<input type="text"/>																																										
¿A qué hora ocurrió el último o único hurto?	12 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m.</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m.</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m.</td><td>3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m.</td><td>4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No sabe, no responde</td><td>9</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m.	1	<input type="text"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m.	2	<input type="text"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m.	3	<input type="text"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m.	4	<input type="text"/>	No sabe, no responde	9	<input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m.</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m.</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m.</td><td>3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m.</td><td>4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No sabe, no responde</td><td>9</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m.	1	<input type="text"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m.	2	<input type="text"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m.	3	<input type="text"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m.	4	<input type="text"/>	No sabe, no responde	9	<input type="text"/>												
Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m.	1	<input type="text"/>																																										
Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m.	2	<input type="text"/>																																										
Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m.	3	<input type="text"/>																																										
Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m.	4	<input type="text"/>																																										
No sabe, no responde	9	<input type="text"/>																																										
Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m.	1	<input type="text"/>																																										
Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m.	2	<input type="text"/>																																										
Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m.	3	<input type="text"/>																																										
Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m.	4	<input type="text"/>																																										
No sabe, no responde	9	<input type="text"/>																																										
¿En qué lugar se presentó el hurto:	13 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Calle o avenida</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Su parqueadero residencial, antejardín o patio</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Parqueadero público</td><td>3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Parqueadero privado</td><td>4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Vía rural o carretera nacional</td><td>5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otro, ¿cuál? _____</td><td>6</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Calle o avenida	1	<input type="text"/>	Su parqueadero residencial, antejardín o patio	2	<input type="text"/>	Parqueadero público	3	<input type="text"/>	Parqueadero privado	4	<input type="text"/>	Vía rural o carretera nacional	5	<input type="text"/>	Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Calle o avenida</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Su parqueadero residencial, antejardín o patio</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Parqueadero público</td><td>3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Parqueadero privado</td><td>4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Vía rural o carretera nacional</td><td>5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otro, ¿cuál? _____</td><td>6</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Calle o avenida	1	<input type="text"/>	Su parqueadero residencial, antejardín o patio	2	<input type="text"/>	Parqueadero público	3	<input type="text"/>	Parqueadero privado	4	<input type="text"/>	Vía rural o carretera nacional	5	<input type="text"/>	Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="text"/>						
Calle o avenida	1	<input type="text"/>																																										
Su parqueadero residencial, antejardín o patio	2	<input type="text"/>																																										
Parqueadero público	3	<input type="text"/>																																										
Parqueadero privado	4	<input type="text"/>																																										
Vía rural o carretera nacional	5	<input type="text"/>																																										
Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="text"/>																																										
Calle o avenida	1	<input type="text"/>																																										
Su parqueadero residencial, antejardín o patio	2	<input type="text"/>																																										
Parqueadero público	3	<input type="text"/>																																										
Parqueadero privado	4	<input type="text"/>																																										
Vía rural o carretera nacional	5	<input type="text"/>																																										
Otro, ¿cuál? _____	6	<input type="text"/>																																										
¿El vehículo de... se encontraba asegurado contra todo riesgo?	14 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Sí	1	<input type="text"/>	No	2	<input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Sí	1	<input type="text"/>	No	2	<input type="text"/>																														
Sí	1	<input type="text"/>																																										
No	2	<input type="text"/>																																										
Sí	1	<input type="text"/>																																										
No	2	<input type="text"/>																																										
Durante el hurto, ¿se amenazó o agredió a alguna persona?	15 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="text"/></td><td>Continúe</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td>Pase a 17</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>9</td><td><input type="text"/></td><td>Pase a 17</td></tr> </table>	Sí	1	<input type="text"/>	Continúe	No	2	<input type="text"/>	Pase a 17	No sabe	9	<input type="text"/>	Pase a 17	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="text"/></td><td>Continúe</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="text"/></td><td>Pase a 17</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>9</td><td><input type="text"/></td><td>Pase a 17</td></tr> </table>	Sí	1	<input type="text"/>	Continúe	No	2	<input type="text"/>	Pase a 17	No sabe	9	<input type="text"/>	Pase a 17																		
Sí	1	<input type="text"/>	Continúe																																									
No	2	<input type="text"/>	Pase a 17																																									
No sabe	9	<input type="text"/>	Pase a 17																																									
Sí	1	<input type="text"/>	Continúe																																									
No	2	<input type="text"/>	Pase a 17																																									
No sabe	9	<input type="text"/>	Pase a 17																																									
Dicha amenaza o agresión se dio utilizando:	16 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr> <tr><td>a. Arma de fuego</td><td>1 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> <tr><td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td><td>1 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> <tr><td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td><td>1 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> <tr><td>d. Otro, ¿cuál? _____</td><td>1 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál? _____	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr> <tr><td>a. Arma de fuego</td><td>1 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> <tr><td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td><td>1 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> <tr><td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td><td>1 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> <tr><td>d. Otro, ¿cuál? _____</td><td>1 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál? _____	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>												
	Sí	No																																										
a. Arma de fuego	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																										
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																										
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																										
d. Otro, ¿cuál? _____	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																										
	Sí	No																																										
a. Arma de fuego	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																										
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																										
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																										
d. Otro, ¿cuál? _____	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																										
Cuando le hurtaron el vehículo completo o la parte, ¿le hurtaron algún objeto personal?	17 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Sí	1	<input type="text"/>	No	2	<input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Sí</td><td>1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Sí	1	<input type="text"/>	No	2	<input type="text"/>																														
Sí	1	<input type="text"/>																																										
No	2	<input type="text"/>																																										
Sí	1	<input type="text"/>																																										
No	2	<input type="text"/>																																										

**G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)**

a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Batería <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Batería <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Batería <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Batería <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa (de gasolina, del bómper, del exosto, otra) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<b>8</b>																																																												
Valor \$ <input type="text" value=""/> <input type="text"/>	Valor \$ <input type="text" value=""/> <input type="text"/>	Valor \$ <input type="text" value=""/> <input type="text"/>	Valor \$ <input type="text" value=""/> <input type="text"/>	<b>9</b>																																																												
Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido (factor de oportunidad) <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido (factor de oportunidad) <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido (factor de oportunidad) <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido (factor de oportunidad) <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	<b>10</b>																																																												
En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<b>11</b>																																																												
Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	<b>12</b>																																																												
Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural o carretera nacional <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural o carretera nacional <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural o carretera nacional <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural o carretera nacional <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	<b>13</b>																																																												
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<b>14</b>																																																												
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 17 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 17	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 17 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 17	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 17 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 17	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 17 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 17	<b>15</b>																																																												
<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<b>16</b>
	Sí	No																																																														
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
	Sí	No																																																														
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
	Sí	No																																																														
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
	Sí	No																																																														
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<b>17</b>																																																												

**G. HURTO A VEHÍCULOS** (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

Como consecuencia del hurto..., ¿adoptó alguna de las siguientes medidas de seguridad:	18	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Dejó de usar el vehículo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Compró un vehículo más barato</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Porta algún elemento de defensa o arma</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Dejó de usar el vehículo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b. Compró un vehículo más barato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Porta algún elemento de defensa o arma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Dejó de usar el vehículo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Compró un vehículo más barato</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Porta algún elemento de defensa o arma</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Dejó de usar el vehículo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b. Compró un vehículo más barato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Porta algún elemento de defensa o arma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Sí	No																																					
a. Dejó de usar el vehículo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
b. Compró un vehículo más barato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
e. Porta algún elemento de defensa o arma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
	Sí	No																																					
a. Dejó de usar el vehículo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
b. Compró un vehículo más barato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
e. Porta algún elemento de defensa o arma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
¿... se comunicó con las líneas de emergencia 123 o 112?	19	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Sí	1 <input type="checkbox"/>		No	2 <input type="checkbox"/>		<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Sí	1 <input type="checkbox"/>		No	2 <input type="checkbox"/>																									
Sí	1 <input type="checkbox"/>																																						
No	2 <input type="checkbox"/>																																						
Sí	1 <input type="checkbox"/>																																						
No	2 <input type="checkbox"/>																																						
¿... denunció el hurto?	20	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>Continúe</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 27</td> </tr> </table>	Sí	1 <input type="checkbox"/>	Continúe	No	2 <input type="checkbox"/>	Pase a 27	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>Continúe</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 27</td> </tr> </table>	Sí	1 <input type="checkbox"/>	Continúe	No	2 <input type="checkbox"/>	Pase a 27																								
Sí	1 <input type="checkbox"/>	Continúe																																					
No	2 <input type="checkbox"/>	Pase a 27																																					
Sí	1 <input type="checkbox"/>	Continúe																																					
No	2 <input type="checkbox"/>	Pase a 27																																					
¿Quién realizó la denuncia:	21	<table border="0"> <tr> <td>Propietario del vehículo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra persona</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Propietario del vehículo	1 <input type="checkbox"/>	Otra persona	2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>Propietario del vehículo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra persona</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Propietario del vehículo	1 <input type="checkbox"/>	Otra persona	2 <input type="checkbox"/>																												
Propietario del vehículo	1 <input type="checkbox"/>																																						
Otra persona	2 <input type="checkbox"/>																																						
Propietario del vehículo	1 <input type="checkbox"/>																																						
Otra persona	2 <input type="checkbox"/>																																						
¿A qué lugar acudió?	22	<table border="0"> <tr> <td>Estación de Policía</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Página web de la Policía</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Estación de Policía	1 <input type="checkbox"/>	URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	2 <input type="checkbox"/>	CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo	3 <input type="checkbox"/>	Página web de la Policía	4 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores	5 <input type="checkbox"/>	No sabe	6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>Estación de Policía</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Página web de la Policía</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Estación de Policía	1 <input type="checkbox"/>	URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	2 <input type="checkbox"/>	CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo	3 <input type="checkbox"/>	Página web de la Policía	4 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores	5 <input type="checkbox"/>	No sabe	6 <input type="checkbox"/>												
Estación de Policía	1 <input type="checkbox"/>																																						
URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	2 <input type="checkbox"/>																																						
CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo	3 <input type="checkbox"/>																																						
Página web de la Policía	4 <input type="checkbox"/>																																						
Ninguna de las anteriores	5 <input type="checkbox"/>																																						
No sabe	6 <input type="checkbox"/>																																						
Estación de Policía	1 <input type="checkbox"/>																																						
URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	2 <input type="checkbox"/>																																						
CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo	3 <input type="checkbox"/>																																						
Página web de la Policía	4 <input type="checkbox"/>																																						
Ninguna de las anteriores	5 <input type="checkbox"/>																																						
No sabe	6 <input type="checkbox"/>																																						
Ante qué autoridad presentó la denuncia:	23	<table border="0"> <tr> <td>SIJÍN-DIJÍN</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fiscalía</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Policía Nacional</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SIJÍN-DIJÍN	1 <input type="checkbox"/>	Fiscalía	2 <input type="checkbox"/>	Policía Nacional	3 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores	4 <input type="checkbox"/>	No sabe	5 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>SIJÍN-DIJÍN</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fiscalía</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Policía Nacional</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SIJÍN-DIJÍN	1 <input type="checkbox"/>	Fiscalía	2 <input type="checkbox"/>	Policía Nacional	3 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores	4 <input type="checkbox"/>	No sabe	5 <input type="checkbox"/>																
SIJÍN-DIJÍN	1 <input type="checkbox"/>																																						
Fiscalía	2 <input type="checkbox"/>																																						
Policía Nacional	3 <input type="checkbox"/>																																						
Ninguna de las anteriores	4 <input type="checkbox"/>																																						
No sabe	5 <input type="checkbox"/>																																						
SIJÍN-DIJÍN	1 <input type="checkbox"/>																																						
Fiscalía	2 <input type="checkbox"/>																																						
Policía Nacional	3 <input type="checkbox"/>																																						
Ninguna de las anteriores	4 <input type="checkbox"/>																																						
No sabe	5 <input type="checkbox"/>																																						
¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hurto?	24	<table border="0"> <tr> <td>Cumplir una obligación ciudadana</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Buscar justicia</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Buscar protección</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Evitar que pase de nuevo</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Recuperar los bienes hurtados</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Requisito para algún trámite</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra, ¿cuál?</td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Cumplir una obligación ciudadana	1 <input type="checkbox"/>	Buscar justicia	2 <input type="checkbox"/>	Buscar protección	3 <input type="checkbox"/>	Evitar que pase de nuevo	4 <input type="checkbox"/>	Recuperar los bienes hurtados	5 <input type="checkbox"/>	Requisito para algún trámite	6 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál?	7 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>Cumplir una obligación ciudadana</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Buscar justicia</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Buscar protección</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Evitar que pase de nuevo</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Recuperar los bienes hurtados</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Requisito para algún trámite</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra, ¿cuál?</td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Cumplir una obligación ciudadana	1 <input type="checkbox"/>	Buscar justicia	2 <input type="checkbox"/>	Buscar protección	3 <input type="checkbox"/>	Evitar que pase de nuevo	4 <input type="checkbox"/>	Recuperar los bienes hurtados	5 <input type="checkbox"/>	Requisito para algún trámite	6 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál?	7 <input type="checkbox"/>								
Cumplir una obligación ciudadana	1 <input type="checkbox"/>																																						
Buscar justicia	2 <input type="checkbox"/>																																						
Buscar protección	3 <input type="checkbox"/>																																						
Evitar que pase de nuevo	4 <input type="checkbox"/>																																						
Recuperar los bienes hurtados	5 <input type="checkbox"/>																																						
Requisito para algún trámite	6 <input type="checkbox"/>																																						
Otra, ¿cuál?	7 <input type="checkbox"/>																																						
Cumplir una obligación ciudadana	1 <input type="checkbox"/>																																						
Buscar justicia	2 <input type="checkbox"/>																																						
Buscar protección	3 <input type="checkbox"/>																																						
Evitar que pase de nuevo	4 <input type="checkbox"/>																																						
Recuperar los bienes hurtados	5 <input type="checkbox"/>																																						
Requisito para algún trámite	6 <input type="checkbox"/>																																						
Otra, ¿cuál?	7 <input type="checkbox"/>																																						

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---

### G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>Sí No</p> <p>a. Dejó de usar el vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Compró un vehículo más barato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e. Porta algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí No</p> <p>a. Dejó de usar el vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Compró un vehículo más barato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e. Porta algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí No</p> <p>a. Dejó de usar el vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Compró un vehículo más barato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e. Porta algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí No</p> <p>a. Dejó de usar el vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Compró un vehículo más barato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e. Porta algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	18
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	19
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 27</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 27</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 27</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 27</p>	20
<p>Propietario del vehículo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Otra persona <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Propietario del vehículo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Otra persona <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Propietario del vehículo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Otra persona <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Propietario del vehículo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Otra persona <input type="checkbox"/> 2</p>	21
<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Página web de la Policía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Página web de la Policía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Página web de la Policía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Página web de la Policía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6</p>	22
<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Policía Nacional <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Policía Nacional <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Policía Nacional <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Policía Nacional <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	23
<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	24

### OBSERVACIONES

---



---



---



---



---



---





## H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En lo corrido del 2015 a... ¿le han hurtado un objeto personal?	1	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
Durante el 2014 a... ¿le hurtaron un objeto personal?	2	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Cuántas veces <input type="text"/> Cuántos denunció <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase al capítulo I	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Cuántas veces <input type="text"/> Cuántos denunció <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase al capítulo I
¿Este hurto es el mismo que acaba de reportar como parte del hurto a su vehículo? ESTA PREGUNTA LA RESPONDEN SOLAMENTE AQUELLOS QUE HAYAN MARCADO SÍ (OPCIÓN 1) EN LA PREGUNTA G17.	3	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase al capítulo I No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Continúe	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase al capítulo I No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Continúe
<b>A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.</b>			
¿Cuándo se presentó el último o único hurto?	4	Enero 2014 <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Febrero 2014 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Marzo 2014 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Abril 2014 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Mayo 2014 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Junio 2014 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Julio 2014 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Agosto 2014 <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Septiembre 2014 <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Octubre 2014 <input type="text" value="10"/> <input type="text"/> Noviembre 2014 <input type="text" value="11"/> <input type="text"/> Diciembre 2014 <input type="text" value="12"/> <input type="text"/>	Enero 2014 <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Febrero 2014 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Marzo 2014 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Abril 2014 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Mayo 2014 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Junio 2014 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Julio 2014 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Agosto 2014 <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Septiembre 2014 <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Octubre 2014 <input type="text" value="10"/> <input type="text"/> Noviembre 2014 <input type="text" value="11"/> <input type="text"/> Diciembre 2014 <input type="text" value="12"/> <input type="text"/>
El último o único hurto ocurrió:	5	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> ¿cuál? _____	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> ¿cuál? _____
¿De qué manera se realizó el último o único hurto:	6	Cosquilleo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Engaño <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Raponazo <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Fleteo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Paseo millonario <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Descuido (factor de oportunidad). <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Clonación de tarjeta débito o crédito. <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Otro, <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> ¿cuál? _____	Cosquilleo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Engaño <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Raponazo <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Fleteo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Paseo millonario <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Descuido (factor de oportunidad). <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Clonación de tarjeta débito o crédito. <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Otro, <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> ¿cuál? _____
¿A qué hora ocurrió el último o único hurto?	7	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>

### OBSERVACIONES

## H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	1
No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/> Cuántos denunció <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/> Cuántos denunció <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/> Cuántos denunció <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/> Cuántos denunció <input type="checkbox"/>	2
No <input type="checkbox"/> Pase al capítulo I				
Sí <input type="checkbox"/> Pase al capítulo I	3			
No <input type="checkbox"/> Continúe				

A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.

Enero 2014 <input type="checkbox"/>	4			
Febrero 2014 <input type="checkbox"/>				
Marzo 2014 <input type="checkbox"/>				
Abril 2014 <input type="checkbox"/>				
Mayo 2014 <input type="checkbox"/>				
Junio 2014 <input type="checkbox"/>				
Julio 2014 <input type="checkbox"/>				
Agosto 2014 <input type="checkbox"/>				
Septiembre 2014 <input type="checkbox"/>				
Octubre 2014 <input type="checkbox"/>				
Noviembre 2014 <input type="checkbox"/>				
Diciembre 2014 <input type="checkbox"/>				
En este municipio <input type="checkbox"/>	5			
En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/>				
Cosquilleo <input type="checkbox"/>	Cosquilleo <input type="checkbox"/>	Cosquilleo <input type="checkbox"/>	Cosquilleo <input type="checkbox"/>	6
Engaño <input type="checkbox"/>	Engaño <input type="checkbox"/>	Engaño <input type="checkbox"/>	Engaño <input type="checkbox"/>	
Raponazo <input type="checkbox"/>	Raponazo <input type="checkbox"/>	Raponazo <input type="checkbox"/>	Raponazo <input type="checkbox"/>	
Atraco <input type="checkbox"/>	Atraco <input type="checkbox"/>	Atraco <input type="checkbox"/>	Atraco <input type="checkbox"/>	
Fleteo <input type="checkbox"/>	Fleteo <input type="checkbox"/>	Fleteo <input type="checkbox"/>	Fleteo <input type="checkbox"/>	
Paseo millonario <input type="checkbox"/>				
Descuido (factor de oportunidad). <input type="checkbox"/>				
Clonación de tarjeta débito o crédito. <input type="checkbox"/>	Clonación de tarjeta débito o crédito. <input type="checkbox"/>	Clonación de tarjeta débito o crédito. <input type="checkbox"/>	Clonación de tarjeta débito o crédito. <input type="checkbox"/>	
Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>				
Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/>	7
Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/>	
Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/>	
Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/>	
No sabe, no responde <input type="checkbox"/>				

OBSERVACIONES

---



---

## H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

¿En qué lugar ocurrió el último o único hurto?	8	En donde realiza su actividad principal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> En una zona comercial <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio recreativo o deportivo. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> En el transporte público <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> En su residencia <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> En otra residencia <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> En un vehículo <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> En otro lugar, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	En donde realiza su actividad principal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> En una zona comercial <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio recreativo o deportivo. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> En el transporte público <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> En su residencia <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> En otra residencia <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> En un vehículo <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> En otro lugar, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>																																				
¿Cuáles de las siguientes pertenencias le hurtaron a ... :	9	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Teléfono celular</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Artículos de uso personal</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Otro, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Teléfono celular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Artículos de uso personal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Teléfono celular</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Artículos de uso personal</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Otro, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Teléfono celular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Artículos de uso personal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	Sí	No																																					
a. Teléfono celular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
c. Artículos de uso personal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
e. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
	Sí	No																																					
a. Teléfono celular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
c. Artículos de uso personal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
e. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
¿Durante el hurto lo(a) amenazaron o lo(a) agredieron utilizando:	10	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
	Sí	No																																					
a. Arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
d. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
	Sí	No																																					
a. Arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
d. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																					
¿... se comunicó con las líneas de emergencia 123 o 112?	11	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
¿Se denunció el hurto?	12	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18																																				
¿A qué lugar acudió?	13	Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Página web de la Policía <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Página web de la Policía <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																																				

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>En donde realiza su actividad principal <input type="text" value="1"/></p> <p>En una calle o avenida <input type="text" value="2"/></p> <p>En una zona comercial <input type="text" value="3"/></p> <p>En un parque o espacio recreativo o deportivo. <input type="text" value="4"/></p> <p>En el transporte público <input type="text" value="5"/></p> <p>En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="text" value="6"/></p> <p>En su residencia <input type="text" value="7"/></p> <p>En otra residencia <input type="text" value="8"/></p> <p>En un vehículo <input type="text" value="9"/></p> <p>En otro lugar, ¿cuál? <input type="text" value="10"/></p>	<p>En donde realiza su actividad principal <input type="text" value="1"/></p> <p>En una calle o avenida <input type="text" value="2"/></p> <p>En una zona comercial <input type="text" value="3"/></p> <p>En un parque o espacio recreativo o deportivo. <input type="text" value="4"/></p> <p>En el transporte público <input type="text" value="5"/></p> <p>En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="text" value="6"/></p> <p>En su residencia <input type="text" value="7"/></p> <p>En otra residencia <input type="text" value="8"/></p> <p>En un vehículo <input type="text" value="9"/></p> <p>En otro lugar, ¿cuál? <input type="text" value="10"/></p>	<p>En donde realiza su actividad principal <input type="text" value="1"/></p> <p>En una calle o avenida <input type="text" value="2"/></p> <p>En una zona comercial <input type="text" value="3"/></p> <p>En un parque o espacio recreativo o deportivo. <input type="text" value="4"/></p> <p>En el transporte público <input type="text" value="5"/></p> <p>En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="text" value="6"/></p> <p>En su residencia <input type="text" value="7"/></p> <p>En otra residencia <input type="text" value="8"/></p> <p>En un vehículo <input type="text" value="9"/></p> <p>En otro lugar, ¿cuál? <input type="text" value="10"/></p>	<p>En donde realiza su actividad principal <input type="text" value="1"/></p> <p>En una calle o avenida <input type="text" value="2"/></p> <p>En una zona comercial <input type="text" value="3"/></p> <p>En un parque o espacio recreativo o deportivo. <input type="text" value="4"/></p> <p>En el transporte público <input type="text" value="5"/></p> <p>En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="text" value="6"/></p> <p>En su residencia <input type="text" value="7"/></p> <p>En otra residencia <input type="text" value="8"/></p> <p>En un vehículo <input type="text" value="9"/></p> <p>En otro lugar, ¿cuál? <input type="text" value="10"/></p>	8
<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p> <p>a. Teléfono celular <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Artículos de uso personal <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p> <p>a. Teléfono celular <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Artículos de uso personal <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p> <p>a. Teléfono celular <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Artículos de uso personal <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p> <p>a. Teléfono celular <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Artículos de uso personal <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	9
<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p> <p>a. Arma de fuego <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p> <p>a. Arma de fuego <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p> <p>a. Arma de fuego <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p> <p>a. Arma de fuego <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	10
<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p>	11
<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 18</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 18</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 18</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 18</p>	12
<p>Estación de Policía <input type="text" value="1"/></p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="text" value="2"/></p> <p>CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="text" value="3"/></p> <p>Página web de la Policía <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>Estación de Policía <input type="text" value="1"/></p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="text" value="2"/></p> <p>CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="text" value="3"/></p> <p>Página web de la Policía <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>Estación de Policía <input type="text" value="1"/></p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="text" value="2"/></p> <p>CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="text" value="3"/></p> <p>Página web de la Policía <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>Estación de Policía <input type="text" value="1"/></p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="text" value="2"/></p> <p>CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="text" value="3"/></p> <p>Página web de la Policía <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	13

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**H. HURTO A PERSONAS** (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

Ante qué autoridad presentó la denuncia:	14	SIJÍN-DIJÍN <input type="text"/> 1 Fiscalía <input type="text"/> 2 Policía Nacional <input type="text"/> 3 Ninguna de las anteriores <input type="text"/> 4 No sabe <input type="text"/> 5	SIJÍN-DIJÍN <input type="text"/> 1 Fiscalía <input type="text"/> 2 Policía Nacional <input type="text"/> 3 Ninguna de las anteriores <input type="text"/> 4 No sabe <input type="text"/> 5
¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hurto?	15	Cumplir una obligación ciudadana <input type="text"/> 1 Buscar justicia <input type="text"/> 2 Buscar protección <input type="text"/> 3 Evitar que pase de nuevo <input type="text"/> 4 Recuperar los bienes hurtados <input type="text"/> 5 Requisito para algún trámite <input type="text"/> 6 Otro, ¿cuál? <input type="text"/> 7	Cumplir una obligación ciudadana <input type="text"/> 1 Buscar justicia <input type="text"/> 2 Buscar protección <input type="text"/> 3 Evitar que pase de nuevo <input type="text"/> 4 Recuperar los bienes hurtados <input type="text"/> 5 Requisito para algún trámite <input type="text"/> 6 Otro, ¿cuál? <input type="text"/> 7
¿Considera que la atención que recibió durante la denuncia fue satisfactoria?	16	Sí <input type="text"/> 1 Pase a 19 No <input type="text"/> 2 Continúe	Sí <input type="text"/> 1 Pase a 19 No <input type="text"/> 2 Continúe
¿Cuál fue la principal razón por la cual no fue satisfactoria la atención recibida:	17	Le dieron información errónea <input type="text"/> 1 No lo trataron correctamente <input type="text"/> 2 El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text"/> 3 Otro, ¿cuál? <input type="text"/> 4 Pase a 19	Le dieron información errónea <input type="text"/> 1 No lo trataron correctamente <input type="text"/> 2 El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text"/> 3 Otro, ¿cuál? <input type="text"/> 4 Pase a 19
¿Cuál fue la principal razón por la cual no se denunció el hurto?	18	No conocía el proceso de denuncia <input type="text"/> 1 Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text"/> 2 Las autoridades no hacen nada <input type="text"/> 3 Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los delincuentes <input type="text"/> 4 Consideré que era innecesario <input type="text"/> 5 Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text"/> 6 Faltaban pruebas del hecho <input type="text"/> 7 Otra, ¿cuál? <input type="text"/> 8	No conocía el proceso de denuncia <input type="text"/> 1 Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text"/> 2 Las autoridades no hacen nada <input type="text"/> 3 Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los delincuentes <input type="text"/> 4 Consideré que era innecesario <input type="text"/> 5 Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text"/> 6 Faltaban pruebas del hecho <input type="text"/> 7 Otra, ¿cuál? <input type="text"/> 8
¿Se recuperaron los bienes que le hurtaron?	19	Sí <input type="text"/> 1 No <input type="text"/> 2	Sí <input type="text"/> 1 No <input type="text"/> 2

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



### I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En lo corrido del 2015, ¿...se ha visto involucrado(a) en riñas y peleas que impliquen violencia física?	1	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Durante 2014 ¿... se vio involucrado(a) en riñas y peleas que implicaran violencia física?	2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/> Cuántas denunció <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a I21	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/> Cuántas denunció <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a I21

**A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.**

¿Cuándo se presentó el último o único hecho?	3	Enero 2014 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Febrero 2014 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Marzo 2014 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Abril 2014 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Mayo 2014 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Junio 2014 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Julio 2014 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Agosto 2014 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Septiembre 2014 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Octubre 2014 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Noviembre 2014 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diciembre 2014 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Enero 2014 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Febrero 2014 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Marzo 2014 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Abril 2014 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Mayo 2014 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Junio 2014 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Julio 2014 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Agosto 2014 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Septiembre 2014 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Octubre 2014 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Noviembre 2014 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diciembre 2014 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
El último o único hecho ocurrió:	4	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En otro municipio, <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En otro municipio, <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____
¿En qué lugar se encontraba ... cuando ocurrió este hecho?	5	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
¿A qué hora ocurrió el hecho?	6	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿Cuál fue la principal causa del hecho?	7	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Por efecto de licor o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Por efecto de sustancias psicoactivas. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Por efecto de licor o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Por efecto de sustancias psicoactivas. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>

### I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	2
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a I21 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a I21 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a I21 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a I21 <input type="checkbox"/>	
<b>A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.</b>				
Enero 2014 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2014 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2014 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2014 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3
Febrero 2014 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2014 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2014 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2014 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Marzo 2014 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2014 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2014 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2014 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Abril 2014 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2014 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2014 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2014 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
Mayo 2014 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2014 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2014 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2014 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Junio 2014 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2014 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2014 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2014 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Julio 2014 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2014 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2014 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2014 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
Agosto 2014 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2014 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2014 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2014 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
Septiembre 2014 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2014 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2014 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2014 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
Octubre 2014 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2014 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2014 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2014 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	
Noviembre 2014 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2014 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2014 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2014 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	
Diciembre 2014 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2014 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2014 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2014 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	
En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	4
En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	5
En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	6
Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	7
Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Por efecto de licor o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Por efecto de licor o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Por efecto de licor o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Por efecto de licor o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Por efecto de sustancias psicoactivas. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Por efecto de sustancias psicoactivas. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Por efecto de sustancias psicoactivas. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Por efecto de sustancias psicoactivas. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	

**I. RIÑAS Y PELEAS** (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

Como consecuencia del hecho, ¿...tuvo alguna lesión o herida?	8	Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10	Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10																		
Por causa de la lesión usted acudió:	9	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Al médico</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. A medicina legal</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Al médico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. A medicina legal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Al médico</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. A medicina legal</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>		Sí	No	a. Al médico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. A medicina legal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Sí	No																			
a. Al médico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
b. A medicina legal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
	Sí	No																			
a. Al médico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
b. A medicina legal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																			
Como consecuencia de este hecho, ¿... tomó alguna medida de seguridad (señale la principal):	10	Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 6	Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 6																		
¿... conocía a los agresores?	11	Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 13																		
El o los agresores eran:	12	Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 Pareja <input type="checkbox"/> 5	Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 Pareja <input type="checkbox"/> 5																		
¿... se comunicó con las líneas de emergencia 123 o 112?	13	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2																		
¿Se denunció el hecho?	14	Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 20	Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 20																		
¿A qué lugar acudió?	15	Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarías de Familia <input type="checkbox"/> 4 Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 No sabe <input type="checkbox"/> 6	Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarías de Familia <input type="checkbox"/> 4 Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 No sabe <input type="checkbox"/> 6																		

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---



---

**I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)**

<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10</p>	8
<p>a. Al médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b. A medicina legal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Al médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b. A medicina legal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Al médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b. A medicina legal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Al médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b. A medicina legal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	9
<p>Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	10
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13</p>	11
<p>Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	12
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	13
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 20</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 20</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 20</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 20</p>	14
<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarías de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarías de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarías de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarías de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	15

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)**

Ante qué autoridad presentó la denuncia:	16 SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																																				
¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hecho?	17 Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																																				
¿Considera que la atención que recibió durante la denuncia fue satisfactoria?	18 Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 21 No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 21 No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe																																				
¿Cuál fue la principal razón por la cual no fue satisfactoria la atención recibida:	19 Le dieron información errónea <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo trataron correctamente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 21	Le dieron información errónea <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo trataron correctamente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 21																																				
¿Cuál fue la principal razón por la cual no se denunció el hecho?	20 No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideré que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideré que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																				
Durante 2014, alguna persona NO familiar, lo(a):	21 <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Amenazó verbalmente</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Empujó o zarandeo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Sometió a algún otro hecho de agresión física.</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> ¿Cuál? <input type="checkbox"/>		Sí	No	a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	21 <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Amenazó verbalmente</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Empujó o zarandeo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Sometió a algún otro hecho de agresión física.</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> ¿Cuál? <input type="checkbox"/>		Sí	No	a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	Sí	No																																				
a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
e. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
	Sí	No																																				
a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
e. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				

**OBSERVACIONES**

---



---



---

**I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)**

<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/></p> <p>Fiscalía <input type="text" value="2"/></p> <p>Policía Nacional <input type="text" value="3"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/></p> <p>Fiscalía <input type="text" value="2"/></p> <p>Policía Nacional <input type="text" value="3"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/></p> <p>Fiscalía <input type="text" value="2"/></p> <p>Policía Nacional <input type="text" value="3"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/></p> <p>Fiscalía <input type="text" value="2"/></p> <p>Policía Nacional <input type="text" value="3"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	16
<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/></p> <p>Buscar justicia <input type="text" value="2"/></p> <p>Buscar protección <input type="text" value="3"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/></p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/></p> <p>Buscar justicia <input type="text" value="2"/></p> <p>Buscar protección <input type="text" value="3"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/></p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/></p> <p>Buscar justicia <input type="text" value="2"/></p> <p>Buscar protección <input type="text" value="3"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/></p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/></p> <p>Buscar justicia <input type="text" value="2"/></p> <p>Buscar protección <input type="text" value="3"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/></p>	17
<p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a 21</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Continúe</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a 21</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Continúe</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a 21</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Continúe</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a 21</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Continúe</p>	18
<p>Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/></p> <p>No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/></p> <p>El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 21</p>	<p>Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/></p> <p>No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/></p> <p>El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 21</p>	<p>Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/></p> <p>No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/></p> <p>El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 21</p>	<p>Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/></p> <p>No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/></p> <p>El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 21</p>	19
<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="text" value="4"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="text" value="5"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="text" value="7"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="8"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="9"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="text" value="4"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="text" value="5"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="text" value="7"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="8"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="9"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="text" value="4"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="text" value="5"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="text" value="7"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="8"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="9"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="text" value="4"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="text" value="5"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="text" value="7"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="8"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="9"/></p>	20
<p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>a. Amenazó verbalmente <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Empujó o zarandó <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>e. Sometió a algún otro hecho de agresión física. ¿Cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>a. Amenazó verbalmente <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Empujó o zarandó <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>e. Sometió a algún otro hecho de agresión física. ¿Cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>a. Amenazó verbalmente <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Empujó o zarandó <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>e. Sometió a algún otro hecho de agresión física. ¿Cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	<p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>a. Amenazó verbalmente <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>b. Empujó o zarandó <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>d. Agredió con algún tipo de arma u otro objeto <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>e. Sometió a algún otro hecho de agresión física. ¿Cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p>	21

**OBSERVACIONES**

---



---



---

**J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más)**

En lo corrido del 2015, ¿... ha pagado a particulares por seguridad o protección?	1	Sí No 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí No 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																						
Durante el 2014, ¿... pagó a particulares por:	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Protegerse o proteger a su familia</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Proteger su patrimonio o propiedad</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Movilizarse o utilizar el espacio público</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Evitarse problemas</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i></p>		Sí	No	a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Protegerse o proteger a su familia</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Proteger su patrimonio o propiedad</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Movilizarse o utilizar el espacio público</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Evitarse problemas</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i></p>		Sí	No	a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Sí	No																																							
a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
	Sí	No																																							
a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																							
<p><b>A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.</b></p>																																									
¿A quién o a quiénes pagó?	3	<table border="0"> <tr> <td>Seguridad comunitaria</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; text-align: center;">Pase al capítulo K</td> </tr> <tr> <td>Empresa de seguridad privada o celador particular</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alguna persona particular (diferente al celador)</td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Combo o pandilla</td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Banda criminal</td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Guerrilla</td> <td style="text-align: center;">6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td style="text-align: center;">8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: center;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Seguridad comunitaria	1 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo K	Empresa de seguridad privada o celador particular	2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular (diferente al celador)	3 <input type="checkbox"/>	Combo o pandilla	4 <input type="checkbox"/>	Banda criminal	5 <input type="checkbox"/>	Guerrilla	6 <input type="checkbox"/>	No responde	8 <input type="checkbox"/>	No sabe	9 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>Seguridad comunitaria</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; text-align: center;">Pase al capítulo K</td> </tr> <tr> <td>Empresa de seguridad privada o celador particular</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alguna persona particular (diferente al celador)</td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Combo o pandilla</td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Banda criminal</td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Guerrilla</td> <td style="text-align: center;">6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td style="text-align: center;">8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: center;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Seguridad comunitaria	1 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo K	Empresa de seguridad privada o celador particular	2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular (diferente al celador)	3 <input type="checkbox"/>	Combo o pandilla	4 <input type="checkbox"/>	Banda criminal	5 <input type="checkbox"/>	Guerrilla	6 <input type="checkbox"/>	No responde	8 <input type="checkbox"/>	No sabe	9 <input type="checkbox"/>				
Seguridad comunitaria	1 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo K																																							
Empresa de seguridad privada o celador particular	2 <input type="checkbox"/>																																								
Alguna persona particular (diferente al celador)	3 <input type="checkbox"/>																																								
Combo o pandilla	4 <input type="checkbox"/>																																								
Banda criminal	5 <input type="checkbox"/>																																								
Guerrilla	6 <input type="checkbox"/>																																								
No responde	8 <input type="checkbox"/>																																								
No sabe	9 <input type="checkbox"/>																																								
Seguridad comunitaria	1 <input type="checkbox"/>		Pase al capítulo K																																						
Empresa de seguridad privada o celador particular	2 <input type="checkbox"/>																																								
Alguna persona particular (diferente al celador)	3 <input type="checkbox"/>																																								
Combo o pandilla	4 <input type="checkbox"/>																																								
Banda criminal	5 <input type="checkbox"/>																																								
Guerrilla	6 <input type="checkbox"/>																																								
No responde	8 <input type="checkbox"/>																																								
No sabe	9 <input type="checkbox"/>																																								
¿Cómo se contactaron?	4	<table border="0"> <tr> <td>a. Llamada telefónica</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. En persona</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		a. Llamada telefónica	1 <input type="checkbox"/>	b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1 <input type="checkbox"/>	c. En persona	1 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>a. Llamada telefónica</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. En persona</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a. Llamada telefónica	1 <input type="checkbox"/>	b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1 <input type="checkbox"/>	c. En persona	1 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/>																					
a. Llamada telefónica	1 <input type="checkbox"/>																																								
b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1 <input type="checkbox"/>																																								
c. En persona	1 <input type="checkbox"/>																																								
d. Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/>																																								
a. Llamada telefónica	1 <input type="checkbox"/>																																								
b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1 <input type="checkbox"/>																																								
c. En persona	1 <input type="checkbox"/>																																								
d. Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/>																																								
¿Qué habría sucedido si no pagaba?	5	<table border="0"> <tr> <td>a. Usted o su familia estarían en riesgo</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; text-align: center;">Pase a 8</td> </tr> <tr> <td>b. Recibiría amenazas o intimidación</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Atentarían contra su propiedad</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. No lo dejarían trabajar</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. No lo dejarían movilizarse</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. No se concretaría algún negocio</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. No pasaría nada</td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. No sabe</td> <td style="text-align: center;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a. Usted o su familia estarían en riesgo	1 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	b. Recibiría amenazas o intimidación	1 <input type="checkbox"/>	c. Atentarían contra su propiedad	1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar	1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse	1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1 <input type="checkbox"/>	g. No se concretaría algún negocio	2 <input type="checkbox"/>	h. No pasaría nada	3 <input type="checkbox"/>	i. No sabe	9 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>a. Usted o su familia estarían en riesgo</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; text-align: center;">Pase a 8</td> </tr> <tr> <td>b. Recibiría amenazas o intimidación</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Atentarían contra su propiedad</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. No lo dejarían trabajar</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. No lo dejarían movilizarse</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. No se concretaría algún negocio</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. No pasaría nada</td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. No sabe</td> <td style="text-align: center;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a. Usted o su familia estarían en riesgo	1 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	b. Recibiría amenazas o intimidación	1 <input type="checkbox"/>	c. Atentarían contra su propiedad	1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar	1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse	1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1 <input type="checkbox"/>	g. No se concretaría algún negocio	2 <input type="checkbox"/>	h. No pasaría nada	3 <input type="checkbox"/>	i. No sabe	9 <input type="checkbox"/>
a. Usted o su familia estarían en riesgo	1 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																							
b. Recibiría amenazas o intimidación	1 <input type="checkbox"/>																																								
c. Atentarían contra su propiedad	1 <input type="checkbox"/>																																								
d. No lo dejarían trabajar	1 <input type="checkbox"/>																																								
e. No lo dejarían movilizarse	1 <input type="checkbox"/>																																								
f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1 <input type="checkbox"/>																																								
g. No se concretaría algún negocio	2 <input type="checkbox"/>																																								
h. No pasaría nada	3 <input type="checkbox"/>																																								
i. No sabe	9 <input type="checkbox"/>																																								
a. Usted o su familia estarían en riesgo	1 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																							
b. Recibiría amenazas o intimidación	1 <input type="checkbox"/>																																								
c. Atentarían contra su propiedad	1 <input type="checkbox"/>																																								
d. No lo dejarían trabajar	1 <input type="checkbox"/>																																								
e. No lo dejarían movilizarse	1 <input type="checkbox"/>																																								
f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1 <input type="checkbox"/>																																								
g. No se concretaría algún negocio	2 <input type="checkbox"/>																																								
h. No pasaría nada	3 <input type="checkbox"/>																																								
i. No sabe	9 <input type="checkbox"/>																																								

**OBSERVACIONES**

---



---



---

## J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	1
1	2	1	2	1	2	1	2	
a. Protegerse o proteger a su familia	1	2	a. Protegerse o proteger a su familia	1	2	a. Protegerse o proteger a su familia	1	2
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1	2	b. Proteger su patrimonio o propiedad	1	2	b. Proteger su patrimonio o propiedad	1	2
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1	2	c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1	2	c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1	2
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1	2	d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1	2	d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1	2
e. Evitarse problemas	1	2	e. Evitarse problemas	1	2	e. Evitarse problemas	1	2
<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>		2

**A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.**

Seguridad comunitaria	1	3						
Empresa de seguridad privada o celador particular	2	Empresa de seguridad privada o celador particular	2	Empresa de seguridad privada o celador particular	2	Empresa de seguridad privada o celador particular	2	
Alguna persona particular (diferente al celador)	3	Alguna persona particular (diferente al celador)	3	Alguna persona particular (diferente al celador)	3	Alguna persona particular (diferente al celador)	3	
Combo o pandilla	4							
Banda criminal	5							
Guerrilla	6	Guerrilla	6	Guerrilla	6	Guerrilla	6	
No responde	8							
No sabe	9							
a. Llamada telefónica	1	4						
b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1	b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1	b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1	b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1	
c. En persona	1							
d. Otro, ¿cuál?	1							
a. Usted o su familia estarían en riesgo	1	a. Usted o su familia estarían en riesgo	1	a. Usted o su familia estarían en riesgo	1	a. Usted o su familia estarían en riesgo	1	5
b. Recibiría amenazas o intimidación	1							
c. Atentarían contra su propiedad	1							
d. No lo dejarían trabajar	1							
e. No lo dejarían movilizarse	1							
f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1	
g. No se concretaría algún negocio	2	g. No se concretaría algún negocio	2	g. No se concretaría algún negocio	2	g. No se concretaría algún negocio	2	
h. No pasaría nada	3							
i. No sabe	9							

### OBSERVACIONES

---



---



---

**J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)**

<p>¿Quién cree que habría sido responsable de esta acción: (Lea sólo las dos primeras opciones)</p>	<p>6</p> <p>La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Alguien distinto <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 8</p>	<p>La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Alguien distinto <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 8</p>
<p>Si le hubiera pasado algo en su contra, ¿quién habría sido el responsable: (Lea sólo las dos primeras opciones)</p>	<p>7</p> <p>La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Alguien distinto <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	<p>La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Alguien distinto <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>
<p>¿Cómo realizó el pago?</p>	<p>8</p> <p>a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 10</p>	<p>a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 10</p>
<p>¿Cuál fue el valor del último o único pago?</p>	<p>9</p> <p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>\$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>\$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>
<p>¿Con qué frecuencia realizó estos pagos?</p>	<p>10</p> <p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p>
<p>¿En dónde realizó el pago?</p>	<p>11</p> <p>Su hogar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>El banco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>Su hogar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>El banco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>
<p>¿...se sentía forzado(a) a pagar a esta persona o grupo?</p>	<p>12</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a capítulo K</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a capítulo K</p>

**J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)**

La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	6
La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	7
a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> Pase a 10	a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> Pase a 10	a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> Pase a 10	a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> Pase a 10	8
\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> \$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> No responde <input type="text" value="8"/>	\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> \$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> No responde <input type="text" value="8"/>	\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> \$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> No responde <input type="text" value="8"/>	\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> \$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> No responde <input type="text" value="8"/>	9
Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> Una vez al mes <input type="text" value="3"/> Una vez <input type="text" value="4"/>	Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> Una vez al mes <input type="text" value="3"/> Una vez <input type="text" value="4"/>	Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> Una vez al mes <input type="text" value="3"/> Una vez <input type="text" value="4"/>	Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> Una vez al mes <input type="text" value="3"/> Una vez <input type="text" value="4"/>	10
Su hogar <input type="text" value="1"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> El banco <input type="text" value="3"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/>	Su hogar <input type="text" value="1"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> El banco <input type="text" value="3"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/>	Su hogar <input type="text" value="1"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> El banco <input type="text" value="3"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/>	Su hogar <input type="text" value="1"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> El banco <input type="text" value="3"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/>	11
Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Pase a capítulo K	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Pase a capítulo K	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Pase a capítulo K	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Pase a capítulo K	12

**J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)**

¿...denunció la exigencia del pago?	13	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18
Ante qué autoridad presentó la denuncia:	14	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hecho?	15	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Bucar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Bucar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
¿Considera que la atención que recibió durante la denuncia fue satisfactoria?	16	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe
¿Cuál fue la principal razón por la cual no fue satisfactoria la atención recibida:	17	Le dieron información errónea <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo trataron correctamente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K	Le dieron información errónea <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo trataron correctamente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K
¿Cuál fue la principal razón por la cual no denunció el hecho?	18	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideré que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideré que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)**

Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	13
SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	14
Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Bucar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Bucar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Bucar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Bucar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	15
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	
Le dieron información errónea <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo trataron correctamente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K	Le dieron información errónea <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo trataron correctamente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K	Le dieron información errónea <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo trataron correctamente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K	Le dieron información errónea <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo trataron correctamente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo K	17
No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	18

**OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**K. EXTORSIÓN** (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En lo corrido del 2015, ¿a... le han intentado extorsionar?	1	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Durante el 2014, ¿a... le intentaron extorsionar?	2	Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe No <input type="checkbox"/> 2 Pase al capítulo L	Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe No <input type="checkbox"/> 2 Pase al capítulo L
¿Esta extorsión es el pago que relató en las preguntas anteriores? <i>Esta pregunta la responden si las repuestas a J6 o J7 son diferentes de la opción 2.</i>	3	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase al capítulo L No <input type="checkbox"/> 2 Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase al capítulo L No <input type="checkbox"/> 2 Continúe
<b>A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.</b>			
¿Por qué medios le contactaron?	4	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 d. En persona <input type="checkbox"/> 1 e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 d. En persona <input type="checkbox"/> 1 e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1
¿Quién le intentó extorsionar?	5	Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 No responde <input type="checkbox"/> 7 No sabe <input type="checkbox"/> 8	Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 No responde <input type="checkbox"/> 7 No sabe <input type="checkbox"/> 8
¿Cuál es el motivo por el cual lo(a) intentaron extorsionar?	6	a. Actividad económica o negocio <input type="checkbox"/> 1 b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 c. Reconocimiento público/figura pública <input type="checkbox"/> 1 d. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 e. No sabe, no conoce las razones <input type="checkbox"/> 2	a. Actividad económica o negocio <input type="checkbox"/> 1 b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 c. Reconocimiento público/figura pública <input type="checkbox"/> 1 d. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 e. No sabe, no conoce las razones <input type="checkbox"/> 2
¿Qué amenazó el extorsionista?	7	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 f. Otro, ¿que? <input type="checkbox"/> 1	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 f. Otro, ¿que? <input type="checkbox"/> 1
¿Qué cree que sucedería si se niega a pagar?	8	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10

### K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1			
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>				
Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe	2			
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	
Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	3
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe				

**A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2014. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.**

a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	4
b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	5			
Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>				
Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>				
Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
No responde <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>				
No sabe <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>				
a. Actividad económica o negocio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Actividad económica o negocio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Actividad económica o negocio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Actividad económica o negocio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	6
b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
c. Reconocimiento público/figura pública <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Reconocimiento público/figura pública <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Reconocimiento público/figura pública <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Reconocimiento público/figura pública <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
d. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
e. No sabe, no conoce las razones <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. No sabe, no conoce las razones <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. No sabe, no conoce las razones <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. No sabe, no conoce las razones <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	7
b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	8
b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	

**K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)**

<p>¿Quién cree que realizaría esta acción?</p>	<p>9</p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>
<p>A causa del intento de extorsión, ...:</p>	<p>10</p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>
<p>¿De qué forma le pidieron que pagara?</p>	<p>11</p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 13</p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 13</p>
<p>La última o única vez que lo contactaron, ¿cuánto le pidieron que pagara?</p>	<p>12</p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p>
<p>¿ Con qué frecuencia le pidieron que realizara el pago?</p>	<p>13</p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>
<p>¿... realizó el pago de la extorsión?</p>	<p>14</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 16</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 16</p>

### K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p>	9
<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	10
<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/></p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/></p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/></p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/></p>	11
<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/></p>	12
<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/></p>	13
<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 16</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 16</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 16</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 16</p>	14

### K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

¿En qué lugar realizó el pago de la extorsión?	15	Su hogar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> El banco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/> <input type="text"/>	Su hogar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> El banco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/> <input type="text"/>
¿...denunció el hecho?	16	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 21	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 21
Ante qué autoridad presentó la denuncia:	17	SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Fiscalía <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> GAULA <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Policía Nacional <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Fiscalía <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> GAULA <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Policía Nacional <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>
¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hecho?	18	Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Buscar justicia <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Buscar protección <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Buscar justicia <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Buscar protección <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>
¿Considera que la atención que recibió durante la denuncia fue satisfactoria?	19	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase a capítulo L No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Continúe	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase a capítulo L No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Continúe
¿Cuál fue la principal razón por la cual no fue satisfactoria la atención recibida:	20	Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Pase al capítulo L	Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Pase al capítulo L
¿Cuál fue la principal razón por la cual no denunció el hecho?	21	No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Consideré que era innecesario <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Otra, ¿cuál? <input type="text" value="8"/> <input type="text"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Consideré que era innecesario <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Otra, ¿cuál? <input type="text" value="8"/> <input type="text"/>

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

### K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

<p>Su hogar <input type="text" value="1"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/></p> <p>El banco <input type="text" value="3"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="text" value="6"/></p> <p>Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/></p>	<p>Su hogar <input type="text" value="1"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/></p> <p>El banco <input type="text" value="3"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="text" value="6"/></p> <p>Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/></p>	<p>Su hogar <input type="text" value="1"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/></p> <p>El banco <input type="text" value="3"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="text" value="6"/></p> <p>Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/></p>	<p>Su hogar <input type="text" value="1"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/></p> <p>El banco <input type="text" value="3"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="text" value="6"/></p> <p>Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="text" value="7"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/></p>	15
<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 21</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 21</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 21</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> Pase a 21</p>	16
<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/></p> <p>Fiscalía <input type="text" value="2"/></p> <p>GAULA <input type="text" value="3"/></p> <p>Policía Nacional <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/></p> <p>Fiscalía <input type="text" value="2"/></p> <p>GAULA <input type="text" value="3"/></p> <p>Policía Nacional <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/></p> <p>Fiscalía <input type="text" value="2"/></p> <p>GAULA <input type="text" value="3"/></p> <p>Policía Nacional <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="text" value="1"/></p> <p>Fiscalía <input type="text" value="2"/></p> <p>GAULA <input type="text" value="3"/></p> <p>Policía Nacional <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/></p>	17
<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/></p> <p>Buscar justicia <input type="text" value="2"/></p> <p>Buscar protección <input type="text" value="3"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/></p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/></p> <p>Buscar justicia <input type="text" value="2"/></p> <p>Buscar protección <input type="text" value="3"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/></p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/></p> <p>Buscar justicia <input type="text" value="2"/></p> <p>Buscar protección <input type="text" value="3"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/></p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="text" value="1"/></p> <p>Buscar justicia <input type="text" value="2"/></p> <p>Buscar protección <input type="text" value="3"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="text" value="4"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="text" value="5"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="6"/></p>	18
<p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a capítulo L</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a capítulo L</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a capítulo L</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a capítulo L</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>	19
<p>Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/></p> <p>No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/></p> <p>El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/></p> <p style="text-align: center;">Pase al capítulo L</p>	<p>Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/></p> <p>No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/></p> <p>El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/></p> <p style="text-align: center;">Pase al capítulo L</p>	<p>Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/></p> <p>No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/></p> <p>El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/></p> <p style="text-align: center;">Pase al capítulo L</p>	<p>Le dieron información errónea <input type="text" value="1"/></p> <p>No lo trataron correctamente <input type="text" value="2"/></p> <p>El tiempo de espera fue demasiado largo. <input type="text" value="3"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="4"/></p> <p style="text-align: center;">Pase al capítulo L</p>	20
<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="text" value="4"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="text" value="5"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="7"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="8"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="text" value="4"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="text" value="5"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="7"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="8"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="text" value="4"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="text" value="5"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="7"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="8"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="text" value="1"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="text" value="2"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="text" value="3"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="text" value="4"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="text" value="5"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="text" value="6"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="text" value="7"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="8"/></p>	21

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

**L. OTROS DELITOS** (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Durante 2014, ¿...sufrió algún otro tipo de delito diferente a los ya mencionados? (Hurto a residencias, hurto de vehículos, hurto a personas, riñas y peleas o extorsión)	1	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo M	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo M
¿De qué delito(s) sufrió?	2	a. Fraude o estafa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Amenazas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> c. Acoso (laboral, psicológico, sexual) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> d. Acoso escolar (matoneo/ bullying) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> e. Secuestro <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> _____ _____	a. Fraude o estafa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Amenazas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> c. Acoso (laboral, psicológico, sexual) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> d. Acoso escolar (matoneo/ bullying) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> e. Secuestro <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> _____ _____

**M. PERCEPCIÓN DEL APOORTE A LA SEGURIDAD** (para los miembros del hogar de 15 años y más)

¿Cuánto cree... que contribuyen las siguientes instituciones a la seguridad de la ciudad de XXXXXXXXXXXX?	1	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> a. Policía Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> b. Fuerzas Militares Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> c. Alcaldía Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> a. Policía Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> b. Fuerzas Militares Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> c. Alcaldía Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
¿Qué tan protegido se siente ... por:	2	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> a. La Policía Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> b. Las Fuerzas Militares Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> a. La Policía Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> b. Las Fuerzas Militares Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
¿Ha oído hablar del Modelo Nacional de Vigilancia Comunitaria por Cuadrantes de la Policía Nacional?	3	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5.	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 5.
¿Considera que el Modelo Nacional de Vigilancia Comunitaria por Cuadrantes de la Policía Nacional ha contribuido a la seguridad de la ciudad de XXXXXXXX?	4	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿... ha sido parte de algún programa de Participación Ciudadana de la Policía Nacional para su seguridad?	5	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

03	04	05	06	1
_____	_____	_____	_____	2
Hombre <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Mujer <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Hombre <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Mujer <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	3
Años cumplidos <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Años cumplidos <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Años cumplidos <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Años cumplidos <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	4

**L. OTROS DELITOS (para los miembros del hogar de 15 años y más)**

Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Continúe	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Continúe	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Continúe	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Continúe	1
No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Pase al capítulo M	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Pase al capítulo M	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Pase al capítulo M	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Pase al capítulo M	
a. Fraude o estafa <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		a. Fraude o estafa <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		a. Fraude o estafa <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		a. Fraude o estafa <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		2
b. Amenazas <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		b. Amenazas <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		b. Amenazas <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		b. Amenazas <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		
c. Acoso (laboral, psicológico, sexual) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		c. Acoso (laboral, psicológico, sexual) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		c. Acoso (laboral, psicológico, sexual) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		c. Acoso (laboral, psicológico, sexual) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		
d. Acoso escolar (matoneo/ bullying) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		d. Acoso escolar (matoneo/ bullying) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		d. Acoso escolar (matoneo/ bullying) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		d. Acoso escolar (matoneo/ bullying) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		
e. Secuestro <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		e. Secuestro <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		e. Secuestro <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		e. Secuestro <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		
f. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		f. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		f. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		f. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		

**M. PERCEPCIÓN DEL APORTE A LA SEGURIDAD (para los miembros del hogar de 15 años y más)**

a. Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	a. Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	a. Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	a. Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	1
b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	
c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	
a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	2
b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/>	
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Continúe	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Pase a 5.	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Continúe	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Pase a 5.	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Continúe	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Pase a 5.	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Continúe	No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Pase a 5.	3				
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		4				
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>		No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>		5				

