

ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA

2017

CONFIDENCIALIDAD: Los datos suministrados al DANE son confidenciales y no podrán utilizarse con fines comerciales, de tributación fiscal o de investigación judicial. (Ley 79 de 1993, art. 5.º.)

A. IDENTIFICACIÓN

1. Región:

2. Departamento:

3. Municipio:

4. Clase:

5. Sector:

6. Sección:

7. Manzana:

8. Segmento:

9. AG:

10. Edificación:

11. Vivienda número:

12. Barrio, centro poblado o vereda

13. Dirección de la vivienda o nombre de la finca

14 Teléfono:

15. Resultado de la encuesta* ☐

A1. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

1. ENCUESTA

Encuestador(a) Nombre: Semana de recolección

Resultado de la encuesta

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

2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor(a) ☐

Nombre:

Observaciones:

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

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

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

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

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

1. Tipo de vivienda

- | | |
|---|---|
| Casa | 1 |
| Apartamento | 2 |
| Cuarto(s) | 3 |
| Vivienda (casa) indígena | 4 |
| Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, puente, etc.) | 5 |

2. Material predominante de las paredes exteriores

- | | |
|---|---|
| Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | 1 |
| Tapia pisada, adobe | 2 |
| Bahareque revocado | 3 |
| Bahareque sin revocar | 4 |
| Madera burda, tabla, tablón | 5 |
| Material prefabricado | 6 |
| Guadua, caña, esterilla, otro vegetal | 7 |
| Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico | 8 |
| Sin paredes | 9 |

3. Material predominante de los pisos

- | | |
|---|---|
| Alfombra o tapete de pared a pared | 1 |
| Madera pulida y lacada, parqué | 2 |
| Mármol | 3 |
| Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | 4 |
| Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal | 5 |
| Cemento, gravilla | 6 |
| Tierra, arena | 7 |

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

- | | |
|--|---|
| Plancha de concreto, cemento u hormigon | 1 |
| Tejas de barro | 2 |
| Teja de asbesto-cemento | 3 |
| Teja metálica o lámina de zinc | 4 |
| Teja plástica | 5 |
| Paja, palma u otros vegetales | 6 |
| Material de desecho (tela, cartón, latas, plástico, otros) | 7 |

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

- Estrato para tarifa

1. Energía eléctrica	Sí	1	→		No	2	
2. Acueducto	Sí	1			No	2	
3. Alcantarillado	Sí	1			No	2	

Veces por semana

4. Recolección de basuras	Sí	1	→		No	2	
---------------------------	----	---	---	--	----	---	--

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

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Inundaciones, desbordamientos, crecientes, arroyos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hundimiento del terreno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ventarrones, tormentas, vendavales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

8. ¿La vivienda presenta alguna de las siguientes situaciones de forma que ponga en riesgo su estructura?

- | | Si | No |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. Humedades en el techo o en las paredes | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Goteras en el techo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Grietas en techos y paredes | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. Grietas en el piso | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Cielorrasos o tejas en mal estado | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Debe ser considerada como riesgo para la vivienda

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

[illegible]

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

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

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

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

3. Durante los ÚLTIMOS 30 días se han presentado:

- | | |
|---|---|
| 1. Cortes o suspensiones de energía por falta de pago | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Cortes o suspensiones de energía por otro motivo | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Cambios bruscos de voltaje | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Bajo voltaje | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Ninguno de los anteriores | <input type="text"/> <input type="text"/> |

Solo para hogares donde B5 opción 1= 1

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

Sí No

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

Lea las alternativas

- | | | |
|------------------------------------|---|----------|
| Inodoro conectado a alcantarillado | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Inodoro conectado a pozo séptico | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Inodoro sin conexión | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Letrina | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Bajamar | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| No tiene servicio sanitario | <input type="text"/> <input type="text"/> | Pase a 9 |

6. El servicio sanitario está ubicado:

- | | |
|---|---|
| Dentro de la vivienda | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno | <input type="text"/> <input type="text"/> |

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

8. El servicio sanitario del hogar es:

- | | |
|--|---|
| De uso exclusivo de las personas del hogar | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Compartido con personas de otros hogares | <input type="text"/> <input type="text"/> |

9. El hogar cuenta con:

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Lavamanos | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Lavadero | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Lavaplatos | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Ninguno de los anteriores | <input type="text"/> <input type="text"/> |

10. Usualmente, los miembros de este hogar, ¿usan jabón para lavarse las manos?

- | | |
|-----------------------|---|
| Sí | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| No | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| No se lavan las manos | <input type="text"/> <input type="text"/> |

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

- | | |
|---|---|
| La recogen los servicios del aseo | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| La tiran a un río, quebrada, caño o laguna | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| La tiran a un patio, lote, zanja o baldío | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| La queman | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| La entierran | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.) | <input type="text"/> <input type="text"/> |

12. ¿En este hogar clasifican las basuras?

- Sí
- Qué tipo de material clasifican:
- | | |
|---|---|
| 1. Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Vidrio | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Papel y cartón | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Plástico | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Pilas y baterías | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Envases metálicos o de aluminio | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Medicamentos | <input type="text"/> <input type="text"/> |
- No

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

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

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

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------|
| Acueducto público | <input type="text"/> <input type="text"/> | Pase a 16 |
| Acueducto comunal o veredal | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Pozo con bomba | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Pozo sin bomba, jagüey | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Agua lluvia | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Río, quebrada, manantial o nacimiento | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Pila pública | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Carrotaque | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Aguatero | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Agua embotellada o en bolsa | <input type="text"/> <input type="text"/> | |

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

Sí No

16. El agua para beber principalmente:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| La usan tal como la obtienen | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| La hierven | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Le echan cloro | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Utilizan filtros | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| La decantan o usan filtros naturales | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Compran agua embotellada o en bolsa | <input type="text"/> <input type="text"/> |

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

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

1	
---	--

2	
---	--

3	
---	--

4	
---	--

5	
---	--

→ Pase
a 19

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

No 2

Después de diligenciar, pase a 21

19. ¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?

1	
---	--

2	
---	--

3	
---	--

4	
---	--

5	
---	--

6	
---	--

7	
---	--

8	
---	--

20. Adicionalmente, ¿utilizan otro combustible para cocinar?

1	
---	--

1	
---	--

2	
---	--

3	
---	--

4	
---	--

5	
---	--

6	
---	--

7	
---	--

8	
---	--

0	2	
---	---	--

21. ¿En este hogar tienen servicio telefónico fijo?

No 2

22. ¿Cuántas personas componen este hogar?

Observaciones:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal green ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

<div><div>5. ¿Cuál es el parentesco de... con el jefe o la jefa de este hogar?</div><div><div>Jefe(a) del hogar1</div><div>Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a)2</div><div>Hijo(a), hijastro(a)3</div><div>Nieto(a)4</div><div>Padre, madre, padrastro, madrastra5</div><div>Suegro o suegra6</div><div>Hermano(a), hermanastro(a)7</div><div>Yerno, nuera8</div><div>Otro(a) pariente del (de la) jefe(a)9</div><div>Empleado(a) del servicio doméstico10</div><div>Parientes del servicio doméstico11</div><div>Trabajador12</div><div>Pensionista13</div><div>Otro no pariente14</div></div><div>Para menores de 10 años, pase a 8.</div></div> <div><div>6. Actualmente...:</div><div><div>No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años1</div><div>No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más2</div><div>Está viudo(a)3</div><div>Está separado(a) o divorciado(a)4</div><div>Está soltero(a)5</div><div>Está casado(a)6</div></div><div>Pase a 8</div></div> <div><div>7. El (la) cónyuge de... ¿vive en este hogar?</div><div><div>Sí1</div><div>No2</div></div><div>Número de orden</div></div> <div><div>8. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?</div><div><div>Sí1</div><div>No2</div></div><div>Pase a 13</div></div> <div><div>9. ¿Cuántos años continuos hace que vive... aquí en este municipio?</div><div>Si es menos de un año, escriba 00.</div><div>Cuántos años</div></div>
--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

10. Antes de venir a este municipio... vivía en:

Otro país

Otro municipio

1

2

Pase a 13

11. ... vivía en:

El centro urbano donde está la alcaldía

Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo

1

2

12. ¿Cuál fue la razón principal para cambiar la residencia al municipio actual?

Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia

Riesgo o consecuencia de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.)

Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia

Necesidad de educación

Porque se casó o formó pareja

Motivos de salud

Mejorar la vivienda o localización

Mejores oportunidades laborales o de negocio

Acompañar a otro(s) miembro(s) del hogar

Otra. ¿cuál?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

13. El padre de... ¿vive en este hogar?

Sí

No

Fallecido

1

2

3

Pase a 15

C. R.

Departamento

Código

Municipio

Código

C. R.

Otra, ¿cuál?

C. R.

Número de orden

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

D

6

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

<div>14. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...?</div> <div>Algunos años de primaria1</div> <div>Toda la primaria2</div> <div>Algunos años de secundaria3</div> <div>Toda la secundaria4</div> <div>Uno o más años de técnica o tecnológica5</div> <div>Técnica o tecnológica completa6</div> <div>Uno o más años de universidad7</div> <div>Universitaria completa8</div> <div>Ninguno9</div> <div>No sabe10</div>	<div>15. La madre de... ¿vive en este hogar?</div> <div>Sí1</div> <div>No2</div> <div>Fallecida3</div> <div>Pase a 17</div>	<div>16. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?</div> <div>Algunos años de primaria1</div> <div>Toda la primaria2</div> <div>Algunos años de secundaria3</div> <div>Toda la secundaria4</div> <div>Uno o más años de técnica o tecnológica5</div> <div>Técnica o tecnológica completa6</div> <div>Uno o más años de universidad7</div> <div>Universitaria completa8</div> <div>Ninguno9</div> <div>No sabe10</div>	<div>17. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:</div> <div>Indígena1</div> <div>Gitano(a) (Rom)2</div> <div>Raizal del archipiélago3</div> <div>Palenquero(a)4</div> <div>Negro(a), mulato(a), (afrodescendiente)5</div> <div>Ninguno de los anteriores6</div> <div>Si tiene 15 años o más, pasa a 19. De lo contrario, termine capítulo.</div>	<div>18. ¿A cuál pueblo indígena pertenece...?</div>		
C. R.	Número de orden				Pueblo indígena	Código
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

Las preguntas 19 a 28 son para personas de 15 años o más.

Las siguientes preguntas tratan sobre la satisfacción que usted siente, en una escala de 0 a 10.

Donde 0 significa que se siente «totalmente insatisfecho(a)» y 10 significa que se siente «totalmente satisfecho(a)».

<p>19. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su vida actualmente?</p> <div><div>10</div>Totalmente satisfecho(a)</div> <div><div>9</div></div> <div><div>8</div></div> <div><div>7</div></div> <div><div>6</div></div> <div><div>5</div></div> <div><div>4</div></div> <div><div>3</div></div> <div><div>2</div></div> <div><div>1</div></div> <div><div>0</div>Totalmente insatisfecho(a)</div>
--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

Las siguientes preguntas tratan sobre cómo se sintió el día de ayer en una escala de 0 a 10. Donde 0 significa que no experimentó «para nada» esa sensación y 10 significa que experimentó «todo el tiempo» esa sensación.				En una escala de 0 a 10, donde 0 significa que siente que las cosas que hace en su vida «no valen la pena» y 10 significa que «valen totalmente la pena»:
<div>24. ¿Qué tan feliz se sintió... el día de ayer?</div> <div><div><div>10</div><div></div></div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Todo el tiempo feliz</div> <div>Para nada feliz</div>	<div>25. ¿Qué tan tranquilo(a) se sintió... el día de ayer?</div> <div><div><div>10</div><div></div></div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Todo el tiempo tranquilo(a)</div> <div>Para nada tranquilo(a)</div>	<div>26. ¿Qué tan preocupado(a) se sintió... el día de ayer?</div> <div><div><div>10</div><div></div></div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Todo el tiempo preocupado(a)</div> <div>Para nada preocupado(a)</div>	<div>27. ¿Qué tan triste se sintió... el día de ayer?</div> <div><div><div>10</div><div></div></div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Todo el tiempo triste</div> <div>Para nada triste</div>	<div>28. ¿Qué tanto considera... que las cosas que hace en su vida valen la pena?</div> <div><div><div>10</div><div></div></div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Valen totalmente la pena</div> <div>No valen la pena</div>
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

E. SALUD (Para todas las personas del hogar)

1. ¿... está afiliado(a) (cotizante o beneficiario(a)) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S] a través del Sisbén)		2. ¿Por qué razón principal no está afiliado(a) a una entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])		3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado(a)?		4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?		5. ¿De quién es beneficiario(a)...?	
Sí <input type="text" value="1"/> Pase a 3		Por falta de dinero <input type="text" value="1"/>		Contributivo (EPS) <input type="text" value="1"/>		... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="text" value="1"/>		De una persona de este hogar <input type="text" value="1"/>	
No <input type="text" value="2"/>		Muchos trámites <input type="text" value="2"/>		Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) <input type="text" value="2"/>		Le descuentan de la pensión <input type="text" value="2"/> → Pase a 6		De una persona de otro hogar <input type="text" value="2"/>	
No sabe, no informa <input type="text" value="9"/> Pase a 9		No le interesa o descuido <input type="text" value="3"/>		Subsidiado (EPS-S) <input type="text" value="3"/> Pase a 7		... paga la totalidad de la afiliación <input type="text" value="3"/>		Después de diligenciar, pasa a 7..	
		No sabe que debe afiliarse <input type="text" value="4"/>		No sabe, no informa <input type="text" value="9"/> Pase a 9		Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="text" value="4"/> Pase a 7			
		No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario) <input type="text" value="5"/>				No paga, es beneficiario(a) <input type="text" value="5"/>			
		Está en trámite de afiliación <input type="text" value="6"/>							
		No hay una entidad cercana <input type="text" value="7"/>							
		Otra razón, ¿cuál? <input type="text" value="8"/>							
		Después de responder la pregunta, pase a 9.							
C. R.		Otra razón, ¿cuál?						C. R. Número de orden ¿Qué parentesco tiene usted con esa persona?	
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto(a) por una entidad de seguridad social en salud?		7. En general, considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que... está afiliado(a) es:		8. ¿Cuál es el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad del servicio de la entidad en la cual se encuentra afiliado(a)?		9. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros COMPLEMENTARIOS de salud tiene...?		10. El estado de salud de... en general, es:	
<p>Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99.</p>		<p>Muy buena <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Buena <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Mala <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Muy mala <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/></p>		<p>Trámites excesivos o dispendiosos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Demora en la asignación de citas <input type="text" value="5"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Demora en la atención por parte del personal médico <input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text" value=""/></p>		<p>Póliza de hospitalización o cirugía <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Contrato de medicina prepagada <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Contrato de plan complementario de salud con una EPS <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Seguros médicos estudiantiles <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.) <input type="text" value="5"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Ninguno <input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/></p>		<p>Muy bueno <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Bueno <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Regular <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Malo <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p>	
Valor mensual pagado o descontado (\$)		C. R.		Otro, ¿cuál?					
01						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
02						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
03						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
04						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
05						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
06						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
07						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
08						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
09						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			

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

11. ¿... tiene alguna enfermedad crónica? (enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos como: enfermedades cardiovasculares-hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.).

Sí tiene y consulta periódicamente

1

Sí tiene pero no consulta periódicamente

2

No tiene enfermedad crónica

3

12. Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año:

1. Al médico?

Sí

1

No

2

2. Al odontólogo?

Sí

1

No

2

Si en las 2 opciones responde NO, pase a 15.

13. ¿A dónde acude... por prevención?

Acude a la entidad de seguridad social de la cual es afiliado(a)

1

Acude de forma particular a un(a) médico(a) general, especialista, odontólogo(a), terapeuta o profesional de la salud

2

Otros

3

14. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud cuando acude por prevención es:

Muy buena

1

Buena

2

Mala

3

Muy mala

4

Después de diligenciar, pase a 16.

15. ¿Por qué razón principal no consulta al médico ni al odontólogo?

Por falta de dinero

1

Muchos trámites

2

Considera que su estado de salud es bueno

3

Considera que le hacen esperar mucho para atenderle

4

El centro de atención está muy lejos

5

Dificultad para viajar

6

No confía en los médicos

7

Considera que la atención es mala

8

No le interesa o descuido

9

Es difícil conseguir una cita oportuna

10

No tiene tiempo

11

Otro

12

01		1. 1 2 2. 1 2			
02		1. 1 2 2. 1 2			
03		1. 1 2 2. 1 2			
04		1. 1 2 2. 1 2			
05		1. 1 2 2. 1 2			
06		1. 1 2 2. 1 2			
07		1. 1 2 2. 1 2			
08		1. 1 2 2. 1 2			
09		1. 1 2 2. 1 2			

E

12

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)																																																																					
<p>Ahora se le preguntará acerca de las capacidades y habilidades para realizar algunas actividades de la vida cotidiana que pueden verse afectadas por dificultades físicas o mentales. Para responder a cada pregunta, por favor, utilice la escala de esta tarjeta. (LEA Y EXPLIQUE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE LA TARJETA DE APOYO)</p>		17. De las dificultades anteriores, ¿cuál es la que más afecta el desempeño diario de...?	18. ¿Esta dificultad de... fue ocasionada:	19. ¿Para esta dificultad... utiliza de manera permanente:																																																																	
16. Dada su condición física y mental, y sin ningún tipo de ayuda, ¿... puede:																																																																					
	<table><thead><tr><th></th><th>No puede hacerlo</th><th>Sí, con mucha dificultad</th><th>Sí, con alguna dificultad</th><th>Sin dificultad</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Oír la voz o los sonidos?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>2. Hablar o conversar?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>3. Ver de cerca, de lejos o alrededor?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>5. Agarrar o mover objetos con las manos?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>9. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></tbody></table> <p>Si en todas responde opción 4, pase 21.</p>		No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad	1. Oír la voz o los sonidos?	1	2	3	4	2. Hablar o conversar?	1	2	3	4	3. Ver de cerca, de lejos o alrededor?	1	2	3	4	4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	1	2	3	4	5. Agarrar o mover objetos con las manos?	1	2	3	4	6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?	1	2	3	4	7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?	1	2	3	4	8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	1	2	3	4	9. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios?	1	2	3	4			<table><thead><tr><th></th><th>Sí</th><th>No</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Gafas, lentes, lupas, implantes cocleares, bastones, silla de ruedas, entre otras?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>2. Ayuda de otras personas?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>3. Medicamentos o terapias?</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>4. Prácticas de medicina ancestral?</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		Sí	No	1. Gafas, lentes, lupas, implantes cocleares, bastones, silla de ruedas, entre otras?	1	2	2. Ayuda de otras personas?	1	2	3. Medicamentos o terapias?	1	2	4. Prácticas de medicina ancestral?	1	2
	No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad																																																																	
1. Oír la voz o los sonidos?	1	2	3	4																																																																	
2. Hablar o conversar?	1	2	3	4																																																																	
3. Ver de cerca, de lejos o alrededor?	1	2	3	4																																																																	
4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	1	2	3	4																																																																	
5. Agarrar o mover objetos con las manos?	1	2	3	4																																																																	
6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?	1	2	3	4																																																																	
7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?	1	2	3	4																																																																	
8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	1	2	3	4																																																																	
9. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios?	1	2	3	4																																																																	
	Sí	No																																																																			
1. Gafas, lentes, lupas, implantes cocleares, bastones, silla de ruedas, entre otras?	1	2																																																																			
2. Ayuda de otras personas?	1	2																																																																			
3. Medicamentos o terapias?	1	2																																																																			
4. Prácticas de medicina ancestral?	1	2																																																																			
01	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	
02	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	
03	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	
04	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	
05	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	
06	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	
07	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	
08	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	
09	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2																																																																	

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

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

Una persona del hogar

1

¿Esta persona tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de...?

Sí 1 No 2

Una persona de otro hogar no remunerada

2

Una persona de otro hogar remunerada

3

Permanece solo

4

No requiere cuidado

5

C. R.

¿Esta persona tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de...?

Sexo

Hombre 1

Mujer 2

Número de orden

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

Sí 1

No 2 Pase a 38

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

Número de días

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

Acudió a la entidad de seguridad social en salud de la cual es afiliado(a)

1

Acudió de forma particular a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud

2 Pase a 30

Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista

3

Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona

4

Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)

5 Pase a 29

Usó remedios caseros

6

Se autorrecetó

7

Nada

8

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

Sí 1

No 2 Pase a 29

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

E

14

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

<p>25. ¿A... le brindaron asistencia médica en el servicio de urgencias para solucionar el problema de salud?</p> <p>Sí 1 Pase a 27</p> <p>No 2</p>	<p>26. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no recibió atención médica en el servicio de urgencias?</p> <p>El caso era leve 1</p> <p>Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron 2</p> <p>Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que tuviera contrato con ellos. 3</p> <p>No tenía identificación y por eso lo rechazaron 4</p> <p>Indicaron que debían remitirlo a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo 5</p> <p>No le dieron información 6</p> <p>No sabe/no responde 9</p> <p>Después de diligenciar, pase a pregunta 38.</p>	<p>27. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico?</p> <p>Lo atendieron inmediatamente 1</p> <p>En máximo 30 minutos 2</p> <p>Entre 31 minutos y una hora 3</p> <p>Más de una hora hasta dos horas 4</p> <p>Más de dos horas 5</p>	<p>28. En el servicio de urgencias... fue atendido por:</p> <p>Médico general 1</p> <p>Odontólogo 2</p> <p>Especialista 3</p> <p>Pase a 31</p> <p>Pase a 32</p>
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

E. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)						
<div>29. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no solicitó o no recibió atención médica?</div> <div><div><div>El caso era leve</div><div>1</div></div><div><div>No tuvo tiempo</div><div>2</div></div><div><div>El centro de atención queda lejos</div><div>3</div></div><div><div>Falta de dinero</div><div>4</div></div><div><div>Mal servicio o cita distanciada en el tiempo</div><div>5</div></div><div><div>No lo atendieron</div><div>6</div></div><div><div>No confía en los médicos</div><div>7</div></div><div><div>Consultó antes y no le resolvieron el problema</div><div>8</div></div><div><div>Muchos trámites para la cita</div><div>9</div></div><div><div>No le cubrían o no le autorizaron la atención</div><div>10</div></div><div><div>Le hacen esperar mucho para atenderlo</div><div>11</div></div><div><div>Dificultad para viajar</div><div>12</div></div><div><div>Otro</div><div>13</div></div></div> <div>Después de diligenciar, pase a pregunta 38.</div>	<div>30. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico(a) general u odontólogo(a)?</div> <div><div><div>Médico general</div><div>1</div></div><div><div>Odontólogo</div><div>2</div></div><div><div>Acudió directo al especialista</div><div>3</div></div></div> <div>Pase a 32</div>	<div>31. ... ¿fue remitido a especialista?</div> <div><div>Sí</div><div>1</div></div> <div><div>No</div><div>2</div></div>				

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

34. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó... para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)

Entidad de seguridad social en salud de la cual es afiliado

Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada

Patrón o empleador

Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)

Secretaría de salud o la alcaldía

Recursos propios o familiares

Recursos de otras personas

No se requirió pago

Ninguna

1

2

3

4

5

6

7

8

9

35. Por esta enfermedad, ¿a... le formularon medicamentos?

Sí

No

1

2

Pase a 38

36. ¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a... por cuenta de la institución a la cual está afiliado(a)?

Sí, todos

Sí, algunos

No

1

2

3

Pase a 38

37. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?

No están incluidos en el POS o no le autorizaron

No había los medicamentos recetados

No había la cantidad requerida

Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica

No hizo las gestiones para reclamarlos

No tenía dinero

Acudió a médico particular

Otra, ¿cuál?

1

2

3

4

5

6

7

8

C. R.

Otra, ¿cuál?

38. ¿Actualmente... fuma (cigarrillo, tabaco)?

Sí

No

1

2

Frecuencia:

Diariamente

Algunos días de la semana

Menos de una vez por semana

1

2

3

Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más.

C. R.

Frecuencia

¿Cuántos cigarrillos al día?

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

Sí

No

1

2

Formule esta pregunta solo para personas de 4 años y más.

Con qué frecuencia consume las bebidas azucaradas:

Todos los días de la semana (dos o más veces al día)

Todos los días de la semana (una vez al día)

Cuatro a seis veces a la semana

Dos o tres veces a la semana

Una vez a la semana

Menos de una vez por semana

1

2

3

4

5

6

C. R.

Frecuencia de consumo

01

1 2 3 4 5 6 7 8 9

02

1 2 3 4 5 6 7 8 9

03

1 2 3 4 5 6 7 8 9

04

1 2 3 4 5 6 7 8 9

05

1 2 3 4 5 6 7 8 9

06

1 2 3 4 5 6 7 8 9

07

1 2 3 4 5 6 7 8 9

08

1 2 3 4 5 6 7 8 9

09

1 2 3 4 5 6 7 8 9

E

17

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

40. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado?

Sí1

No2

Si es mujer entre 10 y 49 años, pase a 44.
Si es menor de 6 años, pase a 48.
Si es hombre mayor de 5 años o si es mujer entre 6 y 9 años o mujer mayor de 49 años, termine capítulo.

41. ¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización? (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)

SíNo

1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado12

2. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada12

3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)12

4. Secretaría de salud o la alcaldía12

5. Recursos propios o familiares12

Si estuvo hospitalizado(a) más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.

42. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:

Muy buena1

Buena2

Mala3

Muy mala4

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

Si estuvo hospitalizado(a) más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.

Número de días

44. ¿... está embarazada actualmente o ha tenido hijos(as)?

Sí1

No2

Termine capítulo

Solo para mujeres de 10 a 49 años.

45. Si está embarazada actualmente, ¿asiste a control prenatal?

Sí1

No2

No está embarazada3

Pase a 47

46. ¿Durante este embarazo le han formulado suplementos vitamínicos (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio, etc.)?

Sí1

No2

01		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				
02		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				
03		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				
04		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				
05		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				
06		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				
07		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				
08		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				
09		1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2				

E

18

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

[illegible]

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

1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?		2. ¿La persona con quien permanece... ha recibido algún tipo de formación, orientación o acompañamiento para la crianza?		3. ¿Cuál es la razón principal por la que... no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio?		4. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste?	
Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio <input type="checkbox"/> Pase a 4		Sí <input type="checkbox"/>		No hay una institución cercana <input type="checkbox"/>		Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/>	
Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/>				Es muy costoso <input type="checkbox"/>		Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/>	
Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		No encontró cupo <input type="checkbox"/>		Centro de desarrollo infantil público <input type="checkbox"/>	
Con empleado(a) o niño(a) en la casa <input type="checkbox"/>				Prefiere que no asista todavía <input type="checkbox"/>		Jardín o colegio oficial <input type="checkbox"/>	
Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/>		No sabe <input type="checkbox"/>		Tiene un(a) familiar en la casa que lo cuida <input type="checkbox"/>		Jardín o colegio privado <input type="checkbox"/>	
Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/>				Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido <input type="checkbox"/>			
En casa solo <input type="checkbox"/>				Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana <input type="checkbox"/>			
Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> → Pase a 3				Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>			
C. R. <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>				C. R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>			
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

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

9. ¿Con quién permanece... después de asistir al hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio, o durante la mayor parte del tiempo entre semana?				10. ¿Cuántos años tiene esta persona?		11. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?		12. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza esta persona con...?		12.A. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?	
<p>Si F1 = 7 permanece en casa solo, no formule esta pregunta y pase a pregunta 13</p> <p>Una persona de este hogar <input type="text"/> 1 Número de orden → Pase a 12</p> <p>Una persona de otro hogar <input type="text"/> 2</p>						<p>Algunos años de primaria <input type="text"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="text"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="text"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="text"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="text"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="text"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="text"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="text"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="text"/> 9</p> <p>No sabe <input type="text"/> 10</p>		<p>Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos <input type="text"/> 1</p> <p>Contarle cuentos o relatos <input type="text"/> 2</p> <p>Realizar actividades artísticas o manualidades <input type="text"/> 3</p> <p>Cantar <input type="text"/> 4</p> <p>Tocar algún instrumento musical <input type="text"/> 5</p> <p>Realizar juegos y rondas <input type="text"/> 6</p> <p>Salir al parque <input type="text"/> 7</p> <p>Ver televisión <input type="text"/> 8</p> <p>Realizar alguna actividad deportiva <input type="text"/> 9</p> <p>Juegos o actividades con dispositivos electrónicos (computador, tablet, consolas de videojuegos, etc.) <input type="text"/> 10</p> <p>Otras, ¿cuáles? <input type="text"/> 11</p> <p>Ninguna <input type="text"/> 12 → Pase a 13</p>		<p>Todos los días <input type="text"/> 1</p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="text"/> 2</p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="text"/> 3</p> <p>Al menos una vez al mes, pero no todos los meses <input type="text"/> 4</p>	
C. R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años							

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

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

13. De los siguientes servicios o programas, ¿cuáles ha recibido... en los últimos 12 meses?

- ### 3. Programa modalidad entorno familiar

Sí

No

¿Paga por este servicio?

No

01		1	2		1	2		1	2
02		1	2		1	2		1	2
03		1	2		1	2		1	2
04		1	2		1	2		1	2
05		1	2		1	2		1	2
06		1	2		1	2		1	2
07		1	2		1	2		1	2
08		1	2		1	2		1	2
09		1	2		1	2		1	2

This image shows a single sheet of white paper with horizontal green ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

1. ¿Sabe leer y escribir?		2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)		3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie?		4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?	
<div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div>		<div>Sí <input type="checkbox"/> Pase a 6</div> <div>No <input type="checkbox"/></div> <div>Si es menor de 35 años, continúe. Si tiene 35 años o más, pase a 4.</div>		<div>Espera respuesta</div> <div>Considera que no está en edad escolar</div> <div>Considera que ya terminó</div> <div>Falta de dinero o costos educativos elevados</div> <div>Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niño(a)s y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.)</div> <div>Por embarazo</div> <div>Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia</div> <div>Falta de cupo</div> <div>No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano</div> <div>Necesita trabajar</div> <div>No le gusta o no le interesa el estudio</div> <div>Por enfermedad</div> <div>Necesita educación especial</div> <div>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual</div> <div>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante</div> <div>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)</div> <div>Otra razón, ¿cuál?</div>		<div>Ninguno</div> <div>Preescolar</div> <div>Básica primaria (1.º-5.º)</div> <div>Básica secundaria (6.º-9.º)</div> <div>Media (10.º-13.º)</div> <div>Técnico sin título</div> <div>Técnico con título</div> <div>Tecnológico sin título</div> <div>Tecnológico con título</div> <div>Universitario sin título</div> <div>Universitario con título</div> <div>Posgrado sin título</div> <div>Posgrado con título</div>	
				C. R.		Grado o año aprobado:	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

5. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?	6. ¿Cuál es la modalidad de educación media que cursó? Académica [1] Técnica industrial [2] Técnica comercial [3] Técnica agropecuaria [4] Otra técnica [5] No sabe [6] Si es menor de 18 años, pase a pregunta 23; de lo contrario, termine capítulo.	7. ¿En qué nivel está matriculado(a)... y qué grado o año cursa? Preescolar [1] Básica primaria (1.º-5.º) [2] → Pase a 10 Básica secundaria (6.º-9.º) [3] Media (10.º-13.º) [4] → Pase a 9 Técnico [5] Tecnológico [6] Universitario [7] Posgrado [8]	8. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?	9. ¿Cuál es la modalidad de educación media que cursa o cursó? Académica [1] Técnica industrial [2] Técnica comercial [3] Técnica agropecuaria [4] Otra técnica [5] No sabe [6]	10. El establecimiento donde estudia... es: Oficial [1] No oficial [2]	Número de años	Nivel	Grado o año que cursa	Número de años	C. R.	Con subsidio del Estado	Sin subsidio
01											[1]	[2]
02											[1]	[2]
03											[1]	[2]
04											[1]	[2]
05											[1]	[2]
06											[1]	[2]
07											[1]	[2]
08											[1]	[2]
09											[1]	[2]

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

11. Este establecimiento está ubicado en:		12. ¿En qué jornada estudia ...?		13. Durante este año escolar, ¿... ha tenido gastos por:		14. ¿Qué medio de transporte utiliza principalmente ... para ir a la institución a la que asiste?		15. ¿Cuántos minutos gasta para ir a la institución a la que asiste?		16. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, refrigerios, almuerzos) en forma gratuita o por un pago simbólico?		
Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="text"/> 1 Corregimiento, inspección de policía o caserío <input type="text"/> 2 Vereda o campo <input type="text"/> 3		Mañana <input type="text"/> 1 Tarde <input type="text"/> 2 Noche <input type="text"/> 3 Única o completa <input type="text"/> 4 Fin de semana <input type="text"/> 5		1. Matrícula? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. Pensión? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. Otros conceptos por derechos académicos? <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2		Vehículo particular <input type="text"/> 1 Transporte escolar (ruta escolar) <input type="text"/> 2 Transporte público <input type="text"/> 3 A pie <input type="text"/> 4 Bicicleta <input type="text"/> 5 Otro <input type="text"/> 6				<div> <div>Sí <input type="text"/> 1</div> <div>No <input type="text"/> 2</div> </div>		
								Minutos		C.R	a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$)	b. Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)
01				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								
02				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								
03				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								
04				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								
05				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								
06				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								
07				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								
08				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								
09				1. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 2. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 3. <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2								

Si G7= 5, 6, 7 u 8, el nivel educativo es técnico, tecnológico, universitario o posgrado; pase a 14.

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

17. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?			18. ¿De quién recibió la beca para estudiar?			19. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?			20. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?			21. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... ha recibido crédito educativo?		
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 19</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimensual <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>			<p>De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Icetex <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8</p>			<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 21</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimensual <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>			<p>De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Icetex <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8</p>			<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Si es menor de 18 años, pase a pregunta 23; de lo contrario, termine capítulo.</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimensual <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>		
C. R.	Valor (\$)	Frecuencia	C. R.	Sí	No	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia
01				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									
02				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									
03				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									
04				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									
05				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									
06				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									
07				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									
08				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									
09				<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									

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

22. ¿Quién le concedió el crédito educativo?

Icetex1

Fondo Nacional del Ahorro2

Banco o corporación3

Otra entidad pública4

Establecimiento educativo5

Fundación (ONG)6

Otra entidad, ¿cuál?7

Si es menor de 18 años, continúe.
De lo contrario, termine capítulo.

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

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

Una persona de este hogar1

Una persona de otro hogar2

Una institución3

Permanece solo4

1 Número de orden → Termine capítulo

2 →

3 → Termine capítulo

4 →

24. ¿Cuántos años tiene esta persona?

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

Algunos años de primaria1

Toda la primaria2

Algunos años de secundaria3

Toda la secundaria4

Uno o más años de técnica o tecnológica5

Técnica o tecnológica completa6

Uno o más años de universidad7

Universitaria completa8

Ninguno9

No sabe10

	C. R.	Otra entidad, ¿cuál?	C.R.	Número de orden	Hombre	Mujer		
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

G

28

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

1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.		2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA? <div>Espere respuesta</div> <div>Trabajando 1 Pase a 12</div> <div>Buscando trabajo 2</div> <div>Estudiando 3</div> <div>Oficios del hogar 4</div> <div>Incapacitado permanente para trabajar 5 Pase a 45</div> <div>Otra actividad, ¿cuál? 6</div>		3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más? <div>Sí 1 Pase a 12</div> <div>No 2</div>		4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos? <div>Sí 1 Pase a 12</div> <div>No 2</div>		5. ¿... trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran? <div>Sí 1 Pase a 12</div> <div>No 2</div>		6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio? <div>Sí 1 Pase a 11</div> <div>No 2</div>	
C. R.		Otra actividad, ¿cuál?									
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

<p>7. ¿Desea... conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a 45</p>	<p>8. Durante los últimos 12 MESES, ¿... trabajó por lo menos 2 semanas consecutivas?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a 10</p>	<p>9. Después de su último empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>Sí 1 Pase a 11</p> <p>No 2 Pase a 45</p>	<p>10. Durante los últimos 12 MESES, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 Pase a 45</p>	<p>11. Si le hubiera resultado algún trabajo a..., ¿estaba disponible LA SEMANA PASADA para empezar a trabajar?</p> <p>Sí 1 Pase a 42</p> <p>No 2 Pase a 45</p>	<p>12. ¿Qué hace... en este trabajo?</p>	Código
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

13. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...?		14. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?		15. En este trabajo... es: <div>Lea las alternativas</div> <div>Obrero o empleado de empresa particular 1</div> <div>Obrero o empleado del gobierno 2</div> <div>Empleado doméstico 3</div> <div>Profesional independiente 4</div> <div>Trabajador independiente o por cuenta propia 5</div> <div>Patrón o empleador 6</div> <div>Trabajador de finca, tierra o parcela PROPIA, EN ARRIENDO, APARCERÍA, USUFRUCTO O POSESIÓN 7</div> <div>Trabajador sin remuneración 8</div> <div>Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.) 9</div> <div>Jornalero o peón 10</div> <div>Pase a 17</div> <div>Pase a 17</div> <div>Pase a 32</div> <div>Pase a 34</div> <div>Pase a 17</div>		16. ¿Para realizar este trabajo tiene... algún tipo de contrato? <div>Sí 1</div> <div>No 2 Pase a 32</div>	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

17. ¿Qué tipo de contrato tiene, verbal o escrito?		18. ¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?		19. ¿Está afiliado(a) por una empresa o individualmente a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL) (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?		20. ¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?		21. ¿La empresa donde trabaja le suministra elementos de protección personal para la realización de su trabajo?		22. Antes de descuentos, ¿cuánto ganó... el MES PASADO en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya horas extras, viáticos y pagos en especie.)	
Verbal 1		Si no sabe el número de meses del contrato, escriba 99; si la duración del contrato es inferior a 15 días, escriba 00; de 15 días a un mes, escriba 01; si la duración del contrato es de 98 meses o más, escriba 98.		Sí 1		Si es menos de un mes, escriba 00.		Sí 1		Si no recibe salario en dinero, escriba 00.	
Escrito 2		A término indefinido 1		No 2				No 2			
		A término fijo 2 → Número de meses		No sabe, no informa 9				No necesita 3			
		El número de meses se refiere al contrato vigente.		Si en pregunta H 15 = 4 o 5 pase a la pregunta 32.							
C. R.		Número de meses				Meses				Valor mensual (\$)	
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

23. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió alimentos como parte de pago por su trabajo?		24. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?		25. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)?		26. ¿Normalmente... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?		27. El MES PASADO, ¿... recibió subsidio de alimentación en dinero?		28. El MES PASADO, ¿... recibió auxilio de transporte en dinero?	
Sí 1		Sí 1		Sí 1		Sí 1		Sí 1		Sí 1	
No 2		No 2		No 2		No 2		No 2		No 2	
No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9	
C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

29. El MES PASADO, ¿... recibió subsidio familiar en dinero?

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor mensual (\$)

30. El MES PASADO, ¿... recibió primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero?

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor mensual (\$)

31. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:

Después de diligenciar pase a la pregunta 34

1. ¿Prima de servicios?

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

2. ¿Prima de navidad?

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

3. ¿Prima de vacaciones?

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

4. ¿Bonificaciones?

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													

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

<div>32. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO ?</div> <div>Si no obtuvo ganancias, escriba 00.</div> <div>Honorarios o ganancia neta en el MES PASADO (\$)</div>	<div>33. ¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?</div> <div>Solo para centros poblados y área rural dispersa</div> <div>Honorarios o ganancia neta en los últimos 12 meses (\$)</div>	<div>34. ¿Cuántas personas, incluido(a) usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?</div> <div>Esperre respuesta</div> <div>Trabaja solo(a) 1</div> <div>2 a 3 personas 2</div> <div>4 a 5 personas 3</div> <div>6 a 10 personas 4</div> <div>11 a 19 personas 5</div> <div>20 a 30 personas 6</div> <div>31 a 50 personas 7</div> <div>51 a 100 personas 8</div> <div>101 a más personas 9</div> <div>Honorarios o ganancia neta en los últimos 12 meses (\$)</div>	<div>35. Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?</div> <div>Local fijo, oficina, fábrica, etc. 1</div> <div>En la vivienda que habita 2</div> <div>En otras viviendas 3</div> <div>En kiosco-caseta 4</div> <div>En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) 5</div> <div>Puerta a puerta 6</div> <div>Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario) 7</div> <div>En el campo o área rural, mar o río 8</div> <div>En una obra de construcción 9</div> <div>En una mina o cantera 10</div> <div>Pase a 38</div> <div>Honorarios o ganancia neta en los últimos 12 meses (\$)</div>	<div>36. El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:</div> <div>Bus intermunicipal 1</div> <div>Bus urbano 2</div> <div>A pie 3</div> <div>Metro 4</div> <div>Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) 5</div> <div>Taxi 6</div> <div>Transporte de la empresa 7</div> <div>Automóvil de uso particular 8</div> <div>Lancha, planchón, canoa 9</div> <div>Caballo 10</div> <div>Moto 11</div> <div>Bicicleta 12</div> <div>Otro 13</div> <div>Minutos</div>	<div>37. ¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo? (incluya tiempo de espera del medio de transporte)</div> <div>Minutos</div>
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<div>38. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?</div>	<div>39. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?</div>	<div>40. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?</div> <div>Solo realice esta pregunta si H39 es menor a H38.</div> <div>Enfermedad, permiso o licencia1</div> <div>Festivos2</div> <div>Vacaciones3</div> <div>Capacitación4</div> <div>Suspensión o terminación del empleo5</div> <div>Reducción de la actividad económica de la empresa o del negocio6</div> <div>Otra, ¿cuál?7</div>	<div>40A. ¿Cuáles de las siguientes situaciones o aspectos se presentan en el ejercicio de su trabajo?</div> <div>Exige mucho esfuerzo físico1</div> <div>Exige mucho esfuerzo intelectual2</div> <div>Deficiente seguridad industrial3</div> <div>Ruidos, vibraciones o choques molestos4</div> <div>Temperaturas extremas5</div> <div>Olores fuertes o presencia de polvo en el ambiente6</div> <div>Mala iluminación o aireación7</div> <div>Picadura de insectos y mordedura de animales8</div> <div>Exposición permanente a variaciones climáticas9</div> <div>Tratos indebidos o presiones psicológicas10</div> <div>Jornadas de trabajo extensas11</div> <div>Ninguno de los anteriores12</div>	<div>41. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el mes pasado tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?</div> <div>Después de diligenciar pase a 46.</div> <div>Sí1</div> <div>No2</div>		
Horas	Horas	C. R.	Otra, ¿cuál?		C. R.	Valor total percibido (\$)
01				123456789101112		
02				123456789101112		
03				123456789101112		
04				123456789101112		
05				123456789101112		
06				123456789101112		
07				123456789101112		
08				123456789101112		
09				123456789101112		

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

42. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo?	43. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?	44. ¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?	45. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de trabajo?	46. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?	47. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente:
	Por primera vez 1		Si en pregunta 43 respondió 1, no haga esta pregunta.	Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más.	Colpensiones (ISS)? 1
	Trabajó antes 2		Sí 1	Sí 1	Cajas de previsión? 2
			No 2	No 2	Fuerzas Militares o Policía Nacional? 3
			No sabe, no informa 9	Ya es pensionado 3	Magisterio? 4
					Ecopetrol? 5
					Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones)? 6
					Fondo subsidiado Colombia Mayor (Prosperar)? 7
					No sabe 8
Número de semanas			Código	C. R.	Valor (\$)
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

48. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?		49. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos menores de 18 años? (incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes)		50. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?		51. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?		52. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió algún ingreso por concepto de ayudas en dinero proveniente de otros hogares o instituciones? (padres, hijos[as], familiares, amigos[as])		53. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por venta de propiedades? (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)	
Sí 1		Sí 1		Sí 1		Sí 1		Sí 1		Sí 1	
No 2		No 2		No 2		No 2		No 2		No 2	
No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9	
El dinero provino de: Fuera del país 1 Dentro del país 2 Ambas partes 3											
C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

54. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por otros conceptos? (cesantías, intereses de cesantías, intereses por préstamos o CDT, rifas, etc.)

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

55. Adicional a las actividades que me informó haber realizado la semana pasada, cuáles de las siguientes labores no remuneradas hizo:

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales?

2. ¿Realizar oficios en su hogar?

3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones?

4. ¿Cuidar o atender niño(a)s?

5. ¿Cuidar personas enfermas, ancianas o discapacitadas?

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

1

2

1

2

1

2

1

2

1

2

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

H

39

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

55. Adicional a las actividades que me informó haber realizado la semana pasada, cuáles de las siguientes labores no remuneradas hizo:

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

6. ¿Elaborar prendas de vestir o tejidos para miembros del hogar?	7. ¿Asistir a cursos o eventos de capacitación?	8. ¿Trabajar en la autoconstrucción de vivienda?	9. ¿Realizar trabajos comunitarios o voluntarios en edificaciones u obras comunitarias o públicas?	10. ¿Participar en otras actividades cívicas, sociales, comunales o de trabajo voluntario?
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
No	No	No	No	No
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
C. R.	C. R.	C. R.	C. R.	C. R.
¿Cuántas horas a la semana?	¿Cuántas horas a la semana?	¿Cuántas horas a la semana?	¿Cuántas horas a la semana?	¿Cuántas horas a la semana?

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

Observaciones:

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

1A. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador de escritorio (en cualquier lugar)?		1B. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador portátil (en cualquier lugar)?		1C. ¿Con qué frecuencia utiliza... tableta (en cualquier lugar)?		2. ¿Cuáles de las siguientes actividades sabe hacer... en el computador de escritorio, portátil o tableta:	
<p>Todos los días de la semana <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/></p> <p>No utiliza computador de escritorio <input type="checkbox"/></p>		<p>Todos los días de la semana <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/></p> <p>No utiliza computador de escritorio <input type="checkbox"/></p>		<p>Todos los días de la semana <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/></p> <p>No utiliza tableta <input type="checkbox"/></p> <p>Si en preguntas 1a, 1b y 1c responde opción 5, pase a 3.</p>		<p>Solo para personas que en preguntas 1a, 1b o 1c respondieron opciones 1 a 4.</p> <p>Sí No</p> <p>1. Copiar o mover un archivo o carpeta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Usar las funciones de copiar y pegar para duplicar o mover información entre documentos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Usar fórmulas matemáticas básicas en una hoja de cálculo (Excel, OpenOffice Calc, etc.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Crear presentaciones mediante un programa especializado para ello (Power Point, Prezi, otros)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Transferir archivos entre computadores y otros dispositivos (USB, celular, etc.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Descargar o instalar programas computacionales (software)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Utilizar un lenguaje de programación especializado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
01						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
02						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
03						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
04						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
05						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
06						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
07						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
08						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
09						1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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

3. ¿Con qué frecuencia utiliza... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?	4. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet:	5. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet:	6. ¿Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza... internet:
Todos los días de la semana 1	Computador de escritorio? 1	En el hogar? 1	Obtener información? (Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje) 1
Al menos una vez a la semana, pero no cada día 2	Computador portátil? 2	En el trabajo? 2	Correo y mensajería? 2
Al menos una vez al mes, pero no cada semana 3	Tableta? 3	En la institución educativa? 3	Redes sociales? 3
Al menos una vez al año, pero no cada mes 4	Teléfono celular? 4	En centros de acceso público gratis? 4	Comprar/ordenar productos o servicios? 4
No utiliza internet 5 Pase a 7	Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)? 5	En centros de acceso público con costo (café internet)? 5	Banca electrónica y otros servicios financieros? 5
	Televisor inteligente? 6	En la vivienda de otra persona (pariente, amigo, vecino)? 6	Educación y aprendizaje? 6
	Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)? 7	En desplazamiento de un sitio a otro? 7	Trámites con organismos gubernamentales? 7
	Otro, ¿cuál? 8	Otro sitio? 8	Descargar software, imágenes, juegos, música o jugar en línea? 8
			Consulta de medios de comunicación (periódicos, revistas, radio, televisión, medios digitales, etc.)? 9
			Televisión, videos, películas u otro contenido audiovisual para entretenimiento? 10
			Otro, ¿cuál? 11

01	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____
02	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____
03	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____
04	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____
05	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____
06	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____
07	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____
08	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____
09	1 2 3 4 5 6 7 8 _____	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____

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

7. ¿... tiene teléfono celular?

Sí

1

Sí

No

Teléfono celular convencional

1

2

Teléfono celular inteligente (smartphone)

1

2

Pase a 10

No

2

C. R.

Celular convencional

Celular inteligente (smartphone)

8. A pesar de no tener teléfono celular, ¿... utiliza teléfono celular?

Sí

1

No

2

Pase a 12

9. ¿Por qué medio(s)... utiliza el teléfono celular?

Un vendedor de minutos

1

Prestado ocasionalmente por otra persona

2

10. ¿Con qué frecuencia utiliza... teléfono celular?

Todos los días de la semana

1

Al menos una vez a la semana, pero no cada día

2

Al menos una vez al mes, pero no cada semana

3

Al menos una vez al año, pero no cada mes

4

11. ¿Para cuáles de las siguientes actividades utiliza... el teléfono celular:

Llamadas personales o familiares?

1

Llamadas laborales?

2

Mensajes de texto (SMS, mensajería instantánea, chat, etc.)?

3

Navegación en internet?

4

Venta de minutos?

5

Otras actividades?

6

01		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6
02		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6
03		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6
04		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6
05		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6
06		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6
07		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6
08		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6
09		1 2	1 2		1 2		1 2 3 4 5 6

I

43

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

12. ¿Con qué frecuencia escucha... la señal de radio dentro del hogar?

- Todos los días de la semana1
- Al menos una vez a la semana, pero no cada día2
- Al menos una vez al mes, pero no cada semana3
- Al menos una vez al año, pero no cada mes4
- No escucha señal de radio dentro del hogar5→ Termina capítulo

13. Para cuáles de los siguientes servicios o actividades escucha... la señal de radio:

- Entretenimiento (música, deportes, variedades, humor)1
- Noticias2
- Información de interés comunitario3
- Educación y aprendizaje4
- Otra5

Observaciones:

01		12345
02		12345
03		12345
04		12345
05		12345
06		12345
07		12345
08		12345
09		12345

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

1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.		2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?		3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?		4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?		5. ¿...trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?		6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?	
		Espere respuesta									
		Trabajando 1 Pase a 7		Sí 1 Pase a 7		Sí 1 Pase a 7		Sí 1 Pase a 7		Sí 1	
		Buscando trabajo 2		No 2		No 2		No 2		No 2	
		Estudiando 3									
		Oficios del hogar 4									
		Incapacitado permanente para trabajar 5 Pase a 17									
		Otra actividad, ¿cuál? 6									
		C. R. Otra actividad, ¿cuál?									
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

7. ¿Qué hace... en este trabajo?		8. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...?		9. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?		10. En este trabajo... es: <div>Lea las alternativas</div> <div>Obrero o empleado 1</div> <div>Empleado doméstico 2</div> <div>Trabajador independiente o por cuenta propia 3</div> <div>Trabajador familiar sin remuneración 4</div> <div>Trabajador sin remuneración de empresas o negocios de otros hogares 5</div> <div>Jornalero o peón 6</div> <div>Pase a 14</div>		11. ¿Por ese trabajo... recibe remuneración u obtiene alguna ganancia? <div>Sí 1</div> <div>No 2 Pase a 14</div>		12. ¿Cuánto recibió o ganó el mes pasado?	
										Valor mensual (\$)	
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

13. Además de lo recibido en dinero, ¿el mes pasado... recibió alimentos, vivienda, transporte u otros ingresos en especie por este trabajo?			14. Dónde realiza principalmente su trabajo:			15. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?			16. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?		
<div>Sí1</div> <div>No2</div> <div>No sabe, no informa9</div>			<div>En esta vivienda1</div> <div>En otras viviendas2</div> <div>En kiosco-caseta3</div> <div>En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco)4</div> <div>Puerta a puerta5</div> <div>Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario)6</div> <div>Local fijo, oficina, fábrica, etc.7</div> <div>En el campo o área rural, mar o río8</div> <div>En una obra de construcción9</div> <div>En una mina o cantera10</div>								
C. R.Valor mensual						Horas			Horas		
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS

Nombre(s) y apellido(s) de la persona:	Número de orden de la persona que proporciona la información:	1. Tipo de documento de identidad	2. Sexo:	3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de... ?	4. ¿Cuántos años tiene cumplidos... ?			
		<div>Registro civil de nacimiento12</div> <div>Tarjeta de identidad34</div> <div>Cédula de ciudadanía45</div> <div>Cédula de extranjería56</div> <div>No tiene documento de identidad57</div> <div>Si no sabe el número de documento registre 99</div>	<div>Hombre12</div> <div>Mujer23</div>	<div>Si no conoce el día, el mes o el año, escriba 9 en los espacios correspondientes a cada uno de ellos</div>	<div>Si es menor de 1 año, escriba 00.</div>			
		C. R.	Número del documento	Sexo	Día	Mes	Año	Años
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

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

17. Adicional a las actividades que me informó haber realizado la semana pasada, cuáles de las siguientes labores no remuneradas hizo:

1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales?	2. ¿Realizar oficios en su hogar?	3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones?	4. ¿Cuidar o atender niño(a)s?	5. ¿Cuidar personas enfermas, ancianas o discapacitadas?	6. ¿Elaborar prendas de vestir o tejidos para miembros del hogar?	7. ¿Asistir a cursos o eventos de capacitación?	8. ¿Trabajar en la autoconstrucción de vivienda?	9. ¿Realizar trabajos comunitarios o voluntarios en edificaciones u obras comunitarias o públicas?	10. ¿Participar en otras actividades cívicas, sociales, comunales o de trabajo voluntario?
<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>
C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

J

48

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

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

Propia, totalmente pagada

Propia, la están pagando	2
--------------------------	---

En arriendo o subarriendo 3 → Pase a 7

Con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario)

Posesión sin título (ocupante de hecho) 5 ➔ Pase a 6

Propiedad colectiva	6
---------------------	---

2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ _____

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

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

Sí	1	
----	---	--

No 2 Pase a 5

4. La escritura está a nombre de:

	Número de orden
Solo una persona del hogar	1

Nombre: _____

Dos o más personas del hogar 2

¿Cuántas? _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Personas del hogar con personas de otro hogar	3
---	---

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

Valor \$ _____

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

Valor \$ _____ Pase a 8

7. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo?

Valor \$ _____

Excluya el pago de administración o celaduría.

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

Sí	1	
----	---	--

1. ¿En dinero? Sí

1	
---	--

 Valor \$ _____

No 2

2. ¿En especie? Sí Valor estimado \$

No

2	
---	--

No 2

Observaciones:

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

1. ¿Quién contesta el capítulo?

Jefe(a) de hogar

Cónyuge

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

Seguro(a)

Inseguro(a)

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

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

4. Actualmente, las condiciones de vida en su hogar son:

Muy buenas

Buenas

Regulares

Malas

5. Con relación al hogar donde usted se crió, este hogar vive económicamente:

Mejor

Igual

Peor

6. Usted piensa que el nivel de vida actual de su hogar, respecto al que tenía 5 años atrás, es:

Mejor

Igual

Peor

7. ¿Usted se considera pobre?

Sí

No

8. Los ingresos de su hogar:

No alcanzan para cubrir los gastos mínimos

Alcanzan para cubrir los gastos mínimos

Cubren más que los gastos mínimos

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

1. Familias en Acción?

Sí →

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

No

Número de orden

2. Programa para adultos mayores (Colombia Mayor)?

Sí →

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

No

3. Otro, ¿cuál?

Sí →

¿Cuáles?

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

10. Por falta de dinero, ¿algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana pasada?

Sí

No

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

Libras

Gramos

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

	Sí	No
1. Máquina lavadora de ropa	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
2. Nevera o refrigerador	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
3. Estufa eléctrica o de gas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
4. Horno eléctrico o de gas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
5. Horno microondas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
6. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
7. Plancha	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
8. Tv a color convencional	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
9. Tv LCD, plasma o LED	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
10. Reproductor de video (DVD, Blue-ray, otros)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
11. Equipo de sonido	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
12. Aire acondicionado	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
13. Ventilador o abanico	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
14. Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
15. Consolas para juegos electrónicos: Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
16. Carro particular	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
17. Moto o motoneta	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
18. Bicicleta	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
19. Casa, apartamento o finca de recreo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
20. Servicio de televisión por suscripción cable, satelital, IPTV o antena parabólica	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
21. Cámara fotográfica digital o de video	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
22. Computador de escritorio	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
23. Computador portátil	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
24. Tableta	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

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

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

Solo para hogares que en P12 en las opciones 22, 23 y 24 respondieron NO.

- No están interesados
- No saben cómo usarlo
- Es demasiado costoso
- Otra

14. ¿El hogar tiene conexión a internet?

- Sí → Fijo Sí No Pase a 17
Movil Sí No
- No

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

- Es muy costoso
- No lo considera necesario
- No tiene un dispositivo para conectarse
- Tiene acceso suficiente desde otros lugares sin costo
- No sabe usarlo
- No hay cobertura en la zona
- Por razones de seguridad o privacidad
- Otra

16. ¿El hogar tiene previsto tener conexión a internet en los próximos 12 meses?

- Sí
- No

17. Usted o algún miembro del hogar: ¿Sabe qué es el servicio de Televisión Digital Terrestre (TDT)?

- Sí
- No

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

Solo para hogares que en P12 en las opciones 8 o 9 respondieron Sí.

1. Señal abierta → Análogo Sí No
TDT Sí No
2. Cable
3. Satelital
4. IPTV

19. En los últimos 12 MESES, ¿usted o algún miembro de su hogar ha tenido algún tipo de inconformidad con el servicio de salud?

- Sí
- No Pase a 23

20. ¿Qué tipo de inconformidad?

1. No recibió los medicamentos
2. No lo remitieron a especialista
3. Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.)
4. Disponibilidad de las citas
5. Otra, ¿cuál?

21. En los últimos 12 MESES, ¿usted o algún miembro de su hogar ha puesto una queja o reclamo por inconformidad con el servicio de salud prestado?

- Sí
- No Pase a 23

22. El resultado de la queja fue:

- Le dieron respuesta y se resolvió la queja
- Le dieron respuesta pero no se resolvió la queja
- No le dieron respuesta
- No sabe qué pasó

23. Usted o algún miembro del hogar: ¿Sabe si la Secretaría de Salud o el municipio en el que habitan ha realizado acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades?

- Sí
- No

24. ¿En los últimos 12 meses usted o algún miembro del hogar ha tenido que presentar una tutela para poder acceder a los servicios de salud?

- Sí
- No Pase a 26

25. ¿Cuál fue la razón por la cual se instauró la acción de tutela?

- No lo atendieron en una institución de salud
- No le dieron los medicamentos
- No tiene dinero para pagar un tratamiento
- No está de acuerdo con el nivel de Sisbén asignado
- No está afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Otra, ¿cuál?

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

- | | Minutos |
|--|----------------------|
| 1. Paradero o estación de transporte público | <input type="text"/> |
| 2. Establecimiento educativo o de cuidado de niños y niñas (colegio, jardín infantil, hogar comunitario o centro de desarrollo infantil) | <input type="text"/> |
| 3. Hospital o centro de salud | <input type="text"/> |
| 4. Supermercado, plaza de mercado o tienda | <input type="text"/> |
| 5. Estación de policía o CAI | <input type="text"/> |
| 6. Droguería o farmacia | <input type="text"/> |
| 7. Parque o zonas verdes | <input type="text"/> |
| 8. Banco, cajero automático o corresponsal bancario | <input type="text"/> |

M. SEGURIDAD ALIMENTARIA

Si el hogar está integrado solo por adultos (personas de 18 años y más) aplique preguntas 1 a 8.
Si el hogar está conformado por adultos y personas menores de 18 años aplique todas las preguntas, es decir de 1 a 15.

Si el hogar está integrado solo por adultos (personas de 18 años y más) aplique preguntas 1 a 8.
Si el hogar está conformado por adultos y personas menores de 18 años aplique todas las preguntas, es decir de 1 a 15.

- 13. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?**

Sí

No

- 14. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre, pero no comió?**

Sí

No

- 15. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?**

Sí

No

- _____

Observaciones:

-

-



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia

Diseño, diagramación e impresión
Área de Comunicación del Departamento Administrativo
Nacional de Estadística
2017