

**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"/>			
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.



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

### 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"/> |
| 2. Apagar luces   | <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"/> |
| 4. Desconectar aparatos eléctricos                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Reutilizar agua  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. Recolectar agua lluvia   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. Usar tanque sanitario de bajo consumo de agua                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. Usar economizadores de agua para ducha y grifería                | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

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



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

### 5. ¿Cuál es el parentesco de... con el jefe o la jefa de este hogar?

- Jefe(a) del hogar  1
- Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a)  2
- Hijo(a), hijastro(a)  3
- Nieto(a)  4
- Padre, madre, padrastro, madrastra  5
- Suegro o suegra  6
- Hermano(a), hermanastro(a)  7
- Yerno, nuera  8
- Otro(a) pariente del (de la) jefe(a)  9
- Empleado(a) del servicio doméstico  10
- Parientes del servicio doméstico  11
- Trabajador  12
- Pensionista  13
- Otro no pariente  14

Para menores de 10 años, pase a 8.

### 6. Actualmente...:

- No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años  1
- No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más  2
- Está viudo(a)  3
- Está separado(a) o divorciado(a)  4 } Pase a 8
- Está soltero(a)  5
- Está casado(a)  6

### 7. El (la) cónyuge de... ¿vive en este hogar?

- Sí  1
- No  2

Número de orden

### 8. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?

- Sí  1 Pase a 13
- No  2

### 9. ¿Cuántos años continuos hace que vive... aquí en este municipio?

Si es menos de un año, escriba 00.

Cuántos años

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 1 Pase a 13
- Otro municipio 2



**11. ... vivía en:**

- El centro urbano donde está la alcaldía 1
- Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo 2

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

- Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia 1
- Riesgo o consecuencia de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) 2
- Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia 3
- Necesidad de educación 4
- Porque se casó o formó pareja 5
- Motivos de salud 6
- Mejorar la vivienda o localización 7
- Mejores oportunidades laborales o de negocio 8
- Acompañar a otro(s) miembro(s) del hogar 9
- Otra. ¿cuál? 10

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

- Sí 1 Pase a 15
- No 2
- Fallecido 3



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

<p><b>14. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...?</b></p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 10</p>	<p><b>15. La madre de... ¿vive en este hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 17</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fallecida <input type="checkbox"/> 3</p>	<p><b>16. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?</b></p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 10</p>	<p><b>17. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:</b></p> <p>Indígena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Gitano(a) (Rom) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Raizal del archipiélago <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Palenquero(a) <input type="checkbox"/> 4 → Si tiene 15 años o más, pasa a 19. De lo contrario, termine capítulo.</p> <p>Negro(a), mulato(a), (afrodescendiente) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 6</p>	<p><b>18. ¿A cuál pueblo indígena pertenece...?</b></p>	
	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)».

**19. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su vida actualmente?**

- Totalmente satisfecho(a)  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
 Totalmente insatisfecho(a)

**20. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su ingreso actualmente?**

- Totalmente satisfecho(a)  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
 Totalmente insatisfecho(a)  
 No recibe ingresos

**21. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su salud actualmente?**

- Totalmente satisfecho(a)  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
 Totalmente insatisfecho(a)

**22. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su nivel de seguridad actualmente?**

- Totalmente satisfecho(a)  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
 Totalmente insatisfecho(a)

**23. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su trabajo/actividad actualmente?**

- Totalmente satisfecho(a)  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
 Totalmente insatisfecho(a)

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»:

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

10 Todo el tiempo feliz

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 Para nada feliz

**25. ¿Qué tan tranquilo(a) se sintió... el día de ayer?**

10 Todo el tiempo tranquilo(a)

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 Para nada tranquilo(a)

**26. ¿Qué tan preocupado(a) se sintió... el día de ayer?**

10 Todo el tiempo preocupado(a)

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 Para nada preocupado(a)

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

10 Todo el tiempo triste

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 Para nada triste

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

10 Valen totalmente la pena

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 No valen la pena

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)

- Sí  Pase a 3  
 No   
 No sabe, no informa  Pase a 9

**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])

- Por falta de dinero   
 Muchos trámites   
 No le interesa o descuido   
 No sabe que debe afiliarse   
 No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario)   
 Está en trámite de afiliación   
 No hay una entidad cercana   
 Otra razón, ¿cuál?

Después de responder la pregunta, pase a 9.

C. R. Otra razón, ¿cuál?

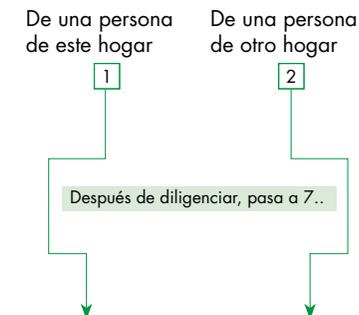
**3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado(a)?**

- Contributivo (EPS)   
 Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio)   
 Subsidiado (EPS-S)  Pase a 7  
 No sabe, no informa  Pase a 9

**4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?**

- ... paga una parte y otra la empresa o patrón   
 Le descuentan de la pensión  → Pase a 6  
 ... paga la totalidad de la afiliación   
 Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó  Pase a 7  
 No paga, es beneficiario(a)

**5. ¿De quién es beneficiario(a)...?**



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)**

<p><b>6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto(a) por una entidad de seguridad social en salud?</b></p> <p style="text-align: center;">Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99.</p> <p>Valor mensual pagado o descontado (\$)</p>	<p><b>7. En general, considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que... está afiliado(a) es:</b></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=""/> → Pase a 9</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=""/> Pase a 9</p>	<p><b>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)?</b></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>C. R. Otro, ¿cuál?</p>	<p><b>9. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros COMPLEMENTARIOS de salud tiene...?</b></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><b>10. El estado de salud de... en general, es:</b></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>
---	--	---	--	---

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)**

<p><b>11. ¿... tiene alguna enfermedad crónica?</b> (enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos como: enfermedades cardiovasculares-hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.).</p> <p>Sí tiene y consulta periódicamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sí tiene pero no consulta periódicamente <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No tiene enfermedad crónica <input type="checkbox"/> 3</p>	<p><b>12. Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año:</b></p> <p>1. Al médico?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2. Al odontólogo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Si en las 2 opciones responde NO, pase a 15.</p>	<p><b>13. ¿A dónde acude... por prevención?</b></p> <p>Acude a la entidad de seguridad social de la cual es afiliado(a) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Acude de forma particular a un(a) médico(a) general, especialista, odontólogo(a), terapeuta o profesional de la salud <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Otros <input type="checkbox"/> 3</p>	<p><b>14. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud cuando acude por prevención es:</b></p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Después de diligenciar, pase a 16.</p>	<p><b>15. ¿Por qué razón principal no consulta al médico ni al odontólogo?</b></p> <p>Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Muchos trámites <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Considera que su estado de salud es bueno <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Considera que le hacen esperar mucho para atenderle <input type="checkbox"/> 4</p> <p>El centro de atención está muy lejos <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Dificultad para viajar <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No confía en los médicos <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Considera que la atención es mala <input type="checkbox"/> 8</p> <p>No le interesa o descuido <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Es difícil conseguir una cita oportuna <input type="checkbox"/> 10</p> <p>No tiene tiempo <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 12</p>
---	---	--	---	--

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

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

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)

### 16. Dada su condición física y mental, y sin ningún tipo de ayuda, ¿... puede:

	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 cardiacos, respiratorios?	1	2	3	4

Si en todas responde opción 4, pase 21.

### 17. De las dificultades anteriores, ¿cuál es la que más afecta el desempeño diario de...?

### 18. ¿Esta dificultad de... fue ocasionada:

Porque nació así?	1
Por enfermedad?	2
Por accidente laboral o enfermedad profesional?	3
Por otro tipo de accidente?	4
Por edad avanzada?	5
Por el conflicto armado?	6
Por violencia NO asociada al conflicto armado?	7
Por otra causa?	8
No sabe	9

### 19. ¿Para esta dificultad... utiliza de manera permanente:

	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

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

1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2

1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2

1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2

1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2

1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2

1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2

1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2

1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2

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
  - Hombre  1
  - Mujer  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	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 tегua, 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. SALUD (Para todas las personas del hogar) (continuación)**

**25. ¿A... le brindaron asistencia médica en el servicio de urgencias para solucionar el problema de salud?**

Sí  1 Pase a 27

No  2

**26. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no recibió atención médica en el servicio de urgencias?**

El caso era leve  1

Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron  2

Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que tuviera contrato con ellos.  3

No tenía identificación y por eso lo rechazaron  4

Indicaron que debían remitirlo a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo  5

No le dieron información  6

No sabe/no responde  9

Después de diligenciar, pase a pregunta 38.

**27. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico?**

Lo atendieron inmediatamente  1

En máximo 30 minutos  2

Entre 31 minutos y una hora  3

Más de una hora hasta dos horas  4

Más de dos horas  5

**28. En el servicio de urgencias... fue atendido por:**

Médico general  1 → Pase a 31

Odontólogo  2

Especialista  3 Pase a 32

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

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

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

Después de diligenciar, pase a pregunta 38.

**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)?**

- Médico general 1
- Odontólogo 2
- Acudió directo al especialista 3 Pase a 32

C. R.

Número de días

**31. ... ¿fue remitido a especialista?**

- Sí 1
- No 2

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

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

Pase a 34

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

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

C. R.

Otro, ¿cuál?

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

<p><b>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)</b></p> <p>Entidad de seguridad social en salud de la cual es afiliado <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Secretaría de salud o la alcaldía <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Recursos propios o familiares <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Recursos de otras personas <input type="checkbox"/> 7</p> <p>No se requirió pago <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguna <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><b>35. Por esta enfermedad, ¿a... le formularon medicamentos?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 38</p>	<p><b>36. ¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a... por cuenta de la institución a la cual está afiliado(a)?</b></p> <p>Sí, todos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 38</p> <p>Sí, algunos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No <input type="checkbox"/> 3</p>	<p><b>37. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?</b></p> <p>No están incluidos en el POS o no le autorizaron <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No había los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No había la cantidad requerida <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No hizo las gestiones para reclamarlos <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No tenía dinero <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Acudió a médico particular <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p> <p>C. R. Otra, ¿cuál?</p>	<p><b>38. ¿Actualmente... fuma (cigarrillo, tabaco)?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p><b>Frecuencia:</b></p> <p>Diariamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más.</p> <p>C. R. Frecuencia</p>	<p><b>39. ¿Habitualmente... consume bebidas azucaradas (gaseosas, refrescos, bebidas de jugos de frutas procesadas, té endulzado, refrescos en polvo)?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Formule esta pregunta solo para personas de 4 años y más.</p> <p><b>Con qué frecuencia consume las bebidas azucaradas:</b></p> <p>Todos los días de la semana (dos o más veces al día) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Todos los días de la semana (una vez al día) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Cuatro a seis veces a la semana <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Una vez a la semana <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. R. Frecuencia de consumo</p>
---	--	--	--	--	---

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

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

<p><b>40. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>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.</p>	<p><b>41. ¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización?</b> (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</p> <p>Sí No</p> <p>1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>4. Secretaría de salud o la alcaldía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>5. Recursos propios o familiares <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Si estuvo hospitalizado(a) más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</p>	<p><b>42. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:</b></p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p>	<p><b>43. Por este problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?</b></p> <p>Si estuvo hospitalizado(a) más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</p> <p>Número de días</p>	<p><b>44. ¿... está embarazada actualmente o ha tenido hijos(as)?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <small>Termine capítulo</small></p> <p>Solo para mujeres de 10 a 49 años.</p>	<p><b>45. Si está embarazada actualmente, ¿asiste a control prenatal?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No está embarazada <input type="checkbox"/> 3 <small>Pase a 47</small></p>	<p><b>46. ¿Durante este embarazo le han formulado suplementos vitamínicos (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio, etc.)?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
01	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
02	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
03	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
04	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
05	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
06	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
07	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
08	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
09	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					



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

<p><b>1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?</b></p> <p>Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio <input type="checkbox"/> 1 Pase a 4</p> <p>Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con empleado(a) o niño(a) en la casa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En casa solo <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 → Pase a 3</p> <p>C. R. <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>	<p><b>2. ¿La persona con quien permanece... ha recibido algún tipo de formación, orientación o acompañamiento para la crianza?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9</p> <p>C. R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>	<p><b>3. ¿Cuál es la razón principal por la que... no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio?</b></p> <p>No hay una institución cercana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Es muy costoso <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No encontró cupo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Prefiere que no asista todavía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Tiene un(a) familiar en la casa que lo cuida <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Después de diligenciar, pase a 5.</p> <p>C. R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>	<p><b>4. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste?</b></p> <p>Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Centro de desarrollo infantil público <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Jardín o colegio oficial <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Jardín o colegio privado <input type="checkbox"/> 5</p> <p>C. R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>
---	--	---	--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

5. ¿Recibe o toma... desayuno o almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?	6. ¿... paga por esta alimentación?				7. ¿Recibe o toma... refrigerio en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?	8. ¿... paga por esta alimentación?			
	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Pase a 7			Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Pase a 9	
	Sí, completamente <input type="checkbox"/> 1	Si, por un pago simbólico <input type="checkbox"/> 2	a. ¿Valor que paga DIARIO? <input type="checkbox"/>	b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? <input type="checkbox"/>		Sí, completamente <input type="checkbox"/> 1	Si, por un pago simbólico <input type="checkbox"/> 2	a. ¿Valor que paga DIARIO? <input type="checkbox"/>	b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/> 2	No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste <input type="checkbox"/> 3	a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? <input type="checkbox"/>	No paga, la recibe o la lleva del hogar <input type="checkbox"/> 4		No <input type="checkbox"/> 2	No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste <input type="checkbox"/> 3	a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? <input type="checkbox"/>	No paga, la recibe o la lleva del hogar <input type="checkbox"/> 4

C. R.	2		3		C. R.	2		3	
	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)			a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)	
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

## F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (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?**

Si F1 = 7 permanece en casa solo, no formule esta pregunta y pase a pregunta 13

Una persona de este hogar  Número de orden → Pase a 12

Una persona de otro hogar

**10. ¿Cuántos años tiene esta persona?**

**11. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?**

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

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

- Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos
- Contarle cuentos o relatos
- Realizar actividades artísticas o manualidades
- Cantar
- Tocar algún instrumento musical
- Realizar juegos y rondas
- Salir al parque
- Ver televisión
- Realizar alguna actividad deportiva
- Juegos o actividades con dispositivos electrónicos (computador, tablet, consolas de videojuegos, etc.)
- Otras, ¿cuáles?
- Ninguna  Pase a 13

**12.A. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?**

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

	C. R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años																
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					



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

1. ¿Sabe leer y escribir?

Sí  1

No  2

2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)

Sí  1 Pase a 6

No  2

Si es menor de 35 años, continúe.  
Si tiene 35 años o más, pase a 4.

3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie?

Espera respuesta

- Considera que no está en edad escolar  1
- Considera que ya terminó  2
- Falta de dinero o costos educativos elevados  3
- Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niño(a)s y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.)  4
- Por embarazo  5
- Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia  6
- Falta de cupo  7
- No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano  8
- Necesita trabajar  9
- No le gusta o no le interesa el estudio  10
- Por enfermedad  11
- Necesita educación especial  12
- Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual  13
- Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante  14
- Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)  15
- Otra razón, ¿cuál?  16

4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?

- Ninguno  1
- Preescolar  2
- Básica primaria (1.º-5.º)  3
- Básica secundaria (6.º-9.º)  4
- Media (10.º-13.º)  5
- Técnico sin título  6
- Técnico con título  7
- Tecnológico sin título  8
- Tecnológico con título  9
- Universitario sin título  10
- Universitario con título  11
- Posgrado sin título  12
- Posgrado con título  13

Si es menor de 18 años, pase a pregunta 23; de lo contrario, termine capítulo.

→ Pase a 6

C. R.

Otra razón, ¿cuál?

Nivel

Grado o año aprobado:

01

02

03

04

05

06

07

08

09

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

Número de años	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]  <small>Si es menor de 18 años, pase a pregunta 23; de lo contrario, termine capítulo.</small>	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]		Número de años	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:		
		Nivel	Grado o año que cursa			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)

Código	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?		
						C.R.	a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$)	b. Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)
	Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1 Corregimiento, inspección de policía o caserío <input type="checkbox"/> 2 Vereda o campo <input type="checkbox"/> 3  Si G7= 5, 6, 7 u 8, el nivel educativo es técnico, tecnológico, universitario o posgrado; pase a 14.	Mañana <input type="checkbox"/> 1 Tarde <input type="checkbox"/> 2 Noche <input type="checkbox"/> 3 Única o completa <input type="checkbox"/> 4 Fin de semana <input type="checkbox"/> 5	Sí No 1. Matrícula? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. Pensión? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. Otros conceptos por derechos académicos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Vehículo particular <input type="checkbox"/> 1 Transporte escolar (ruta escolar) <input type="checkbox"/> 2 Transporte público <input type="checkbox"/> 3 A pie <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6	Minutos	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
01			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
02			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
03			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
04			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
05			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
06			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
07			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
08			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
09			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					

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

<p><b>17. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?</b></p> <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><b>18. ¿De quién recibió la beca para estudiar?</b></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 style="text-align: center;">Programa Ser Pilo Paga</p>	<p><b>19. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?</b></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><b>20. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?</b></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><b>21. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... ha recibido crédito educativo?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Si es menor de 18 años, pase a pregunta 23; de lo contrario, termine capítulo.</p> </div> <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

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?**

- Icetex  1
- Fondo Nacional del Ahorro  2
- Banco o corporación  3
- Otra entidad pública  4
- Establecimiento educativo  5
- 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 hogar  1 Número de orden → Termine capítulo
- Una persona de otro hogar  2
- Una institución  3 → Termine capítulo
- Permanece solo  4

**24. ¿Cuántos años tiene esta persona?**

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

- Algunos años de primaria  1
- Toda la primaria  2
- Algunos años de secundaria  3
- Toda la secundaria  4
- Uno o más años de técnica o tecnológica  5
- Técnica o tecnológica completa  6
- Uno o más años de universidad  7
- Universitaria completa  8
- Ninguno  9
- No sabe  10

C. R.	Otra entidad, ¿cuál?	C.R.	Número de orden	Hombre	Mujer
-------	----------------------	------	-----------------	--------	-------

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<p><b>1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.</b></p>	<p><b>2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?</b></p> <p>Espera respuesta</p> <p>Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12</p> <p>Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Estudiando <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 45</p> <p>Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6</p>		<p><b>3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>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?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>5. ¿... trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
	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)**

H. FUERZA DE TRABAJO (Para todas las personas de 12 años y más) (continuación)						
7. ¿Desea... conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?	8. Durante los últimos 12 MESES, ¿... trabajó por lo menos 2 semanas consecutivas?	9. Después de su último empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?	10. Durante los últimos 12 MESES, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?	11. Si le hubiera resultado algún trabajo a..., ¿estaba disponible LA SEMANA PASADA para empezar a trabajar?	12. ¿Qué hace... en este trabajo?	Código
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 42		
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 45	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 45	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 45	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 45		
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

<p><b>13. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...?</b></p>	<p><b>14. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?</b></p>	<p><b>15. En este trabajo... es:</b></p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Lea las alternativas</p> <p>Obrero o empleado de empresa particular <span style="float: right;">1</span></p> <p>Obrero o empleado del gobierno <span style="float: right;">2</span> → Pase a 17</p> <p>Empleado doméstico <span style="float: right;">3</span></p> <p>Profesional independiente <span style="float: right;">4</span></p> <p>Trabajador independiente o por cuenta propia <span style="float: right;">5</span></p> <p>Patrón o empleador <span style="float: right;">6</span></p> <p>Trabajador de finca, tierra o parcela PROPIA, EN ARRIENDO, APARCERÍA, USUFRUCTO O POSESIÓN <span style="float: right;">7</span> → Pase a 32</p> <p>Trabajador sin remuneración <span style="float: right;">8</span></p> <p>Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.) <span style="float: right;">9</span> → Pase a 34</p> <p>Jornalero o peón <span style="float: right;">10</span> Pase a 17</p>	<p><b>16. ¿Para realizar este trabajo tiene... algún tipo de contrato?</b></p> <p>Sí <span style="float: right;">1</span></p> <p>No <span style="float: right;">2</span> Pase a 32</p>
--	---	--	--

Código				
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

<p><b>17. ¿Qué tipo de contrato tiene, verbal o escrito?</b></p> <p>Verbal <input type="text" value="1"/></p> <p>Escrito <input type="text" value="2"/></p>	<p><b>18. ¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?</b></p> <p>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.</p> <p>A término indefinido <input type="text" value="1"/></p> <p>A término fijo <input type="text" value="2"/> → Número de meses</p> <p>El número de meses se refiere al contrato vigente.</p>	<p><b>19. ¿Está afiliado(a) por una empresa o individualmente a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL) (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?</b></p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p> <p>Si en pregunta H 15 = 4 o 5 pase a la pregunta 32.</p>	<p><b>20. ¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?</b></p> <p>Si es menos de un mes, escriba 00.</p>	<p><b>21. ¿La empresa donde trabaja le suministra elementos de protección personal para la realización de su trabajo?</b></p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No necesita <input type="text" value="3"/></p>	<p><b>22. Antes de descuentos, ¿cuánto ganó... el MES PASADO en este empleo?</b> (incluya propinas y comisiones y excluya horas extras, viáticos y pagos en especie.)</p> <p>Si no recibe salario en dinero, escriba 00.</p>

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?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**24. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**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.)?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**26. ¿Normalmente... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**27. El MES PASADO, ¿... recibió subsidio de alimentación en dinero?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**28. El MES PASADO, ¿... recibió auxilio de transporte en dinero?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

	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  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

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

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**31. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:**

Después de diligenciar pase a la pregunta 34

1. ¿Prima de servicios?

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

2. ¿Prima de navidad?

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

3. ¿Prima de vacaciones?

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

4. ¿Bonificaciones?

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

C. R. Valor mensual (\$) C. R. Valor mensual (\$) 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)**

**32. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO ?**

Si no obtuvo ganancias, escriba 00.

Honorarios o ganancia neta en el MES PASADO (\$)

**33. ¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Solo para centros poblados y área rural dispersa

Honorarios o ganancia neta en los últimos 12 meses (\$)

**34. ¿Cuántas personas, incluido(a) usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?**

Espera respuesta

- Trabaja solo(a)  1
- 2 a 3 personas  2
- 4 a 5 personas  3
- 6 a 10 personas  4
- 11 a 19 personas  5
- 20 a 30 personas  6
- 31 a 50 personas  7
- 51 a 100 personas  8
- 101 a más personas  9

**35. Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?**

- Local fijo, oficina, fábrica, etc.  1
- En la vivienda que habita  2 Pase a 38
- En otras viviendas  3
- En kiosco-caseta  4
- En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco)  5
- Puerta a puerta  6
- Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario)  7
- En el campo o área rural, mar o río  8
- En una obra de construcción  9
- En una mina o cantera  10

**36. El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:**

- Bus intermunicipal  1
- Bus urbano  2
- A pie  3
- Metro  4
- Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros)  5
- Taxi  6
- Transporte de la empresa  7
- Automóvil de uso particular  8
- Lancha, planchón, canoa  9
- Caballo  10
- Moto  11
- Bicicleta  12
- Otro  13

**37. ¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo? (incluya tiempo de espera del medio de transporte)**

Minutos

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

**38. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?**

**39. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?**

**40. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?**

Solo realice esta pregunta si H39 es menor a H38.

- Enfermedad, permiso o licencia  1
- Festivos  2
- Vacaciones  3
- Capacitación  4
- Suspensión o terminación del empleo  5
- Reducción de la actividad económica de la empresa o del negocio  6
- Otra, ¿cuál?  7

**40A. ¿Cuáles de las siguientes situaciones o aspectos se presentan en el ejercicio de su trabajo?**

- Exige mucho esfuerzo físico  1
- Exige mucho esfuerzo intelectual  2
- Deficiente seguridad industrial  3
- Ruidos, vibraciones o choques molestos  4
- Temperaturas extremas  5
- Olores fuertes o presencia de polvo en el ambiente  6
- Mala iluminación o aireación  7
- Picadura de insectos y mordedura de animales  8
- Exposición permanente a variaciones climáticas  9
- Tratos indebidos o presiones psicológicas  10
- Jornadas de trabajo extensas  11
- Ninguno de los anteriores  12

**41. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el mes pasado tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?**

Después de diligenciar pase a 46.

- Sí  1
- No  2

	Horas	Horas	C. R.	Otra, ¿cuál?		C. R.	Valor total percibido (\$)
01					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
02					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
03					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
04					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
05					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
06					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
07					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
08					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
09					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		

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

<p><b>42. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo?</b></p>	<p><b>43. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?</b></p> <p>Por primera vez <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Trabajó antes <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>44. ¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?</b></p>	<p><b>45. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de trabajo?</b></p> <p>Si en pregunta 43 respondió 1, no haga esta pregunta.</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><b>46. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?</b></p> <p>Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más.</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="font-size: small;">Pase a 48</p>	<p><b>47. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente:</b></p> <p>Colpensiones (ISS)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Cajas de previsión? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fuerzas Militares o Policía Nacional? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Magisterio? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ecopetrol? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones)? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Fondo subsidiado Colombia Mayor (Prosperar)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 8</p>		
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?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**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)

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**50. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**51. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?**

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

**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])

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  9

El dinero provino de:  
Fuera del país  1  
Dentro del país  2  
Ambas partes  3

**53. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por venta de propiedades?** (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)

- Sí  1
- No  2
- No sabe, no informa  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)**

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

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

**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?
  - Sí 1
  - No 2
- 2. ¿Realizar oficios en su hogar?
  - Sí 1
  - No 2
- 3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones?
  - Sí 1
  - No 2
- 4. ¿Cuidar o atender niño(a)s?
  - Sí 1
  - No 2
- 5. ¿Cuidar personas enfermas, ancianas o discapacitadas?
  - Sí 1
  - No 2

C. R.	Valor (\$)	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											



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

<b>1A. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador de escritorio (en cualquier lugar)?</b>  Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4 No utiliza computador de escritorio <input type="checkbox"/> 5	<b>1B. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador portátil (en cualquier lugar)?</b>  Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4 No utiliza computador de escritorio <input type="checkbox"/> 5	<b>1C. ¿Con qué frecuencia utiliza... tableta (en cualquier lugar)?</b>  Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4 No utiliza tableta <input type="checkbox"/> 5  Si en preguntas 1a, 1b y 1c responde opción 5, pase a 3.	<b>2. ¿Cuáles de las siguientes actividades sabe hacer... en el computador de escritorio, portátil o tableta:</b>  Solo para personas que en preguntas 1a, 1b o 1c respondieron opciones 1 a 4. <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Copiar o mover un archivo o carpeta?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>2. Usar las funciones de copiar y pegar para duplicar o mover información entre documentos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>5. Usar fórmulas matemáticas básicas en una hoja de cálculo (Excel, OpenOffice Calc, etc.)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>6. Crear presentaciones mediante un programa especializado para ello (Power Point, Prezi, otros)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>7. Transferir archivos entre computadores y otros dispositivos (USB, celular, etc.)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>8. Descargar o instalar programas computacionales (software)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>9. Utilizar un lenguaje de programación especializado?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	1. Copiar o mover un archivo o carpeta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	2. Usar las funciones de copiar y pegar para duplicar o mover información entre documentos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	5. Usar fórmulas matemáticas básicas en una hoja de cálculo (Excel, OpenOffice Calc, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	6. Crear presentaciones mediante un programa especializado para ello (Power Point, Prezi, otros)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	7. Transferir archivos entre computadores y otros dispositivos (USB, celular, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	8. Descargar o instalar programas computacionales (software)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	9. Utilizar un lenguaje de programación especializado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Sí	No																															
1. Copiar o mover un archivo o carpeta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
2. Usar las funciones de copiar y pegar para duplicar o mover información entre documentos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
5. Usar fórmulas matemáticas básicas en una hoja de cálculo (Excel, OpenOffice Calc, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
6. Crear presentaciones mediante un programa especializado para ello (Power Point, Prezi, otros)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
7. Transferir archivos entre computadores y otros dispositivos (USB, celular, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
8. Descargar o instalar programas computacionales (software)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
9. Utilizar un lenguaje de programación especializado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																															
01			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														
02			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														
03			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														
04			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														
05			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														
06			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														
07			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														
08			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														
09			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   7. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   8. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   9. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																														

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

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

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

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

7. ¿... tiene teléfono celular?		8. A pesar de no tener teléfono celular, ¿... utiliza teléfono celular?		9. ¿Por qué medio(s)... utiliza el teléfono celular?		10. ¿Con qué frecuencia utiliza... el teléfono celular?		11. ¿Para cuáles de las siguientes actividades utiliza... el teléfono celular:	
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Teléfono celular convencional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Teléfono celular inteligente (smartphone) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a 12</small>		Un vendedor de minutos <input type="checkbox"/> 1 Prestado ocasionalmente por otra persona <input type="checkbox"/> 2		Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4		Llamadas personales o familiares? <input type="checkbox"/> 1 Llamadas laborales? <input type="checkbox"/> 2 Mensajes de texto (SMS, mensajería instantánea, chat, etc.)? <input type="checkbox"/> 3 Navegación en internet? <input type="checkbox"/> 4 Venta de minutos? <input type="checkbox"/> 5 Otras actividades? <input type="checkbox"/> 6	
C. R.	Celular convencional	Celular inteligente (smartphone)							
01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6



## 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?
	<p style="text-align: center;">Espere respuesta</p> Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 7 Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2 Estudiando <input type="checkbox"/> 3 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4 Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 17 Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 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 style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Lea las alternativas</div> Obrero o empleado <input type="checkbox"/> 1 Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 2 Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 3 Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 4 Trabajador sin remuneración de empresas o negocios de otros hogares <input type="checkbox"/> 5 Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 6 <small style="margin-left: 100px;">Pase a 14</small>	11. ¿Por ese trabajo... recibe remuneración u obtiene alguna ganancia?  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a 14</small>	12. ¿Cuánto recibió o ganó el mes pasado?  Valor mensual (\$)
01	Código	Código	Código		
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?**

Sí  1

No  2

No sabe, no informa  9

C. R. Valor mensual

**14. Dónde realiza principalmente su trabajo:**

En esta vivienda  1

En otras viviendas  2

En kiosco-caseta  3

En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco)  4

Puerta a puerta  5

Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario)  6

Local fijo, oficina, fábrica, etc.  7

En el campo o área rural, mar o río  8

En una obra de construcción  9

En una mina o cantera  10

**15. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?**

Horas

**16. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?**

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... ?	
		Registro civil de nacimiento	1 <input type="text"/>	Hombre	1 <input type="text"/>	Si no conoce el día, el mes o el año, escriba 9 en los espacios correspondientes a cada uno de ellos			Si es menor de 1 año, escriba 00.	
		Tarjeta de identidad	2 <input type="text"/>	Mujer	2 <input type="text"/>					
		Cédula de ciudadanía	3 <input type="text"/>							
		Cédula de extranjería	4 <input type="text"/>							
		No tiene documento de identidad	5 <input type="text"/>							
		Si no sabe el número de documento registre 99								
		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?
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
C. R.	C. R.	C. R.	C. R.	C. R.	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?	¿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										



## 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  1  
Cónyuge  2

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

Seguro(a)  1  
Inseguro(a)  2

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

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

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

Muy buenas  1  
Buenas  2  
Regulares  3  
Malas  4

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

Mejor  1  
Igual  2  
Peor  3

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

Mejor  1  
Igual  2  
Peor  3

### 7. ¿Usted se considera pobre?

Sí  1  
No  2

### 8. Los ingresos de su hogar:

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

### 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:

- ¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?
1. Familias en Acción?  
Sí  1 →   ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?  
\$ \_\_\_\_\_  
No  2 Número de orden
2. Programa para adultos mayores (Colombia Mayor)?  
Sí  1 →   ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?  
\$ \_\_\_\_\_  
No  2
3. Otro, ¿cuál?  
Sí  1 →   ¿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  1  
No  2

### 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="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Nevera o refrigerador	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Estufa eléctrica o de gas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Horno eléctrico o de gas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Horno microondas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. Plancha	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. Tv a color convencional	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. Tv LCD, plasma o LED	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Reproductor de video (DVD, Blue-ray, otros)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11. Equipo de sonido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12. Aire acondicionado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13. Ventilador o abanico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14. Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15. Consolas para juegos electrónicos: Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16. Carro particular	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17. Moto o motoneta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19. Casa, apartamento o finca de recreo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20. Servicio de televisión por suscripción cable, satelital, IPTV o antena parabólica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21. Cámara fotográfica digital o de video	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22. Computador de escritorio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
23. Computador portátil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
24. Tableta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas? \_\_\_\_\_

## 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
- Paradero o estación de transporte público \_\_\_\_\_
  - Establecimiento educativo o de cuidado de niños y niñas (colegio, jardín infantil, hogar comunitario o centro de desarrollo infantil) \_\_\_\_\_
  - Hospital o centro de salud \_\_\_\_\_
  - Supermercado, plaza de mercado o tienda \_\_\_\_\_
  - Estación de policía o CAI \_\_\_\_\_
  - Droguería o farmacia \_\_\_\_\_
  - Parque o zonas verdes \_\_\_\_\_
  - Banco, cajero automático o corresponsal bancario \_\_\_\_\_

## 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.

1. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar?

Sí  1

No  2

2. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?

Sí  1

No  2

3. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable?

Sí  1

No  2

4. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Sí  1

No  2

5. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Sí  1

No  2

6. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?

Sí  1

No  2

7. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre, pero no comió?

Sí  1

No  2

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

Sí  1

No  2

9. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación saludable?

Sí  1

No  2

10. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Sí  1

No  2

11. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Sí  1

No  2

12. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?

Sí  1

No  2

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  1

No  2

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  1

No  2

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  1

No  2

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



@DANE\_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia

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