



**ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA
2018**

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="checkbox"/>			
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"/> |
| Inodoro con descarga directa a fuentes de agua (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, aljibe, jagüey o barreno | <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(a) 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
- Está soltero(a) 5
- Está casado(a) 6

→ Pase a 8

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

- Sí 1
- No 2

8. ¿Dónde nació...?

- En este municipio 1
- En otro municipio 2
- En otro país 3

C. R.	Número de orden	C. R.	Departamento	Código	Municipio	Código
-------	-----------------	-------	--------------	--------	-----------	--------

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

9. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?

Sí Pase a 14
 No

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

Si es menos de un año, escriba 00.

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

Otro país Pase a 14
 Otro municipio

12. ... vivía en:

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

Cuántos años

C. R.

Departamento

Código

Municipio

Código

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

13. ¿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

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

- Sí 1 → Pase a 16
- No 2
- Fallecido 3

15. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...?

- 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, ¿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)

16. La madre de... ¿vive en este hogar?

Sí 1 → Pase a 18

No 2

Fallecida 3

C. R.	Número de orden
-------	-----------------

17. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?

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

18. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:

Indígena 1

Gitano(a) (Rom) 2

Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 3

Palenquero(a) de San Basilio 4

Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a) 5

Ninguno de los anteriores 6

Si tiene 15 años o más, pasa a 20. De lo contrario, termine capítulo.

19. ¿A cuál pueblo indígena pertenece...?

Si tiene menos de 15 años, termine capítulo.

Pueblo indígena	Código
-----------------	--------

C. R.	Número de orden	17. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?	18. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:	19. ¿A cuál pueblo indígena pertenece...?	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 20 a 29 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)».

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

10	□	Totalmente satisfecho(a)
9	□	
8	□	
7	□	
6	□	
5	□	
4	□	
3	□	
2	□	
1	□	
0	□	Totalmente insatisfecho(a)

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

10	□	Totalmente satisfecho(a)
9	□	
8	□	
7	□	
6	□	
5	□	
4	□	
3	□	
2	□	
1	□	
0	□	Totalmente insatisfecho(a)
99	□	No recibe ingresos

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

10	□	Totalmente satisfecho(a)
9	□	
8	□	
7	□	
6	□	
5	□	
4	□	
3	□	
2	□	
1	□	
0	□	Totalmente insatisfecho(a)

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

10	□	Totalmente satisfecho(a)
9	□	
8	□	
7	□	
6	□	
5	□	
4	□	
3	□	
2	□	
1	□	
0	□	Totalmente insatisfecho(a)

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

10	□	Totalmente satisfecho(a)
9	□	
8	□	
7	□	
6	□	
5	□	
4	□	
3	□	
2	□	
1	□	
0	□	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»:

Imagine una escalera con escalones numerados de 0 a 10, donde 0 es el escalón más bajo y 10 el escalón más alto. El más alto representa la mejor vida que usted podría tener y el más bajo, la peor.

25. ¿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

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

29. ¿En cuál escalón diría usted que se encuentra parado(a) en este momento?

- 10 Mejor vida
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Peor vida

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

E. SALUD (Para todas las personas del hogar)

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

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

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

<p>11. ¿A ... le han diagnosticado alguna enfermedad crónica? (enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos como: enfermedades cardiovasculares-hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.).</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Recibe o recibió tratamiento formulado por el médico? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Le han diagnosticado enfermedades crónicas</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Recibe tratamiento</td> </tr> </table>	Le han diagnosticado enfermedades crónicas	Recibe tratamiento	<p>12. Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año:</p> <p>1. Al médico(a)? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2. Al odontólogo(a)? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0e0;">Si en las 2 opciones responde NO, pase a 15.</p>	<p>13. ¿A dónde acude... por prevención?</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>14. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud cuando acude por prevención es:</p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1 Buena <input type="checkbox"/> 2 Mala <input type="checkbox"/> 3 Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0e0;">Después de diligenciar, pase a 16.</p>	<p>15. ¿Por qué razón principal no consulta al médico(a) ni al odontólogo(a)?</p> <p>Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 1 Muchos trámites <input type="checkbox"/> 2 Considera que su estado de salud es bueno <input type="checkbox"/> 3 Considera que le hacen esperar mucho para atenderle <input type="checkbox"/> 4 El centro de atención está muy lejos <input type="checkbox"/> 5 Dificultad para viajar <input type="checkbox"/> 6 No confía en los médicos <input type="checkbox"/> 7 Considera que la atención es mala <input type="checkbox"/> 8 No le interesa o descuido <input type="checkbox"/> 9 Es difícil conseguir una cita oportuna <input type="checkbox"/> 10 No tiene tiempo <input type="checkbox"/> 11 Otro <input type="checkbox"/> 12</p>
Le han diagnosticado enfermedades crónicas	Recibe tratamiento					

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

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?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2. Hablar o conversar?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3. Ver de cerca, de lejos o alrededor?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5. Agarrar o mover objetos con las manos?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

Si en todas responde opción 4, pase a 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?	<input type="text" value="1"/>
Por enfermedad?	<input type="text" value="2"/>
Por accidente laboral o enfermedad profesional?	<input type="text" value="3"/>
Por otro tipo de accidente?	<input type="text" value="4"/>
Por edad avanzada?	<input type="text" value="5"/>
Por el conflicto armado?	<input type="text" value="6"/>
Por violencia NO asociada al conflicto armado?	<input type="text" value="7"/>
Por otra causa?	<input type="text" value="8"/>
No sabe	<input type="text" value="9"/>

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

	Sí	No
1. Gafas, lentes, lupas, implantes cocleares, bastones, silla de ruedas, entre otras?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
2. Ayuda de otras personas?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
3. Medicamentos o terapias?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
4. Prácticas de medicina ancestral?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

01

02

03

04

05

06

07

08

09

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

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

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 cuántos 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, farmacéuta, droguista 3
- Consultó a un 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 30

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(a) 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(a) por:

Médico(a) general 1 } Pase a 31

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

C. R.

Número de días

31. ... ¿fue remitido(a) 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)

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

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

<p>40. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado(a)?</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>41. ¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización? (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</p> <p>Sí No</p> <p>1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado(a) <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>42. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:</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>43. Por este problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?</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>44. ¿... está embarazada actualmente o ha tenido hijos(as)?</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>45. Si está embarazada actualmente, ¿asiste a control prenatal?</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>46. ¿Durante este embarazo le han formulado suplementos vitamínicos (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio, etc.)?</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

1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?

- Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio 1 Pase a 4
- Con su padre o madre en la casa 2
- Con su padre o madre en el trabajo 3
- Con empleado(a) o niño(a) en la casa 4
- Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más 5
- Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años 6
- En casa solo 7
- Otro, ¿cuál? 8 } Pase a 3

C. R. Otro, ¿cuál?

2. ¿La persona con quien permanece... ha recibido algún tipo de formación, orientación o acompañamiento para la crianza?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9

3. ¿Cuál es la razón principal por la que... no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio?

- No hay una institución cercana 1
- Es muy costoso 2
- No encontró cupo 3
- Prefiere que no asista todavía 4
- Tiene un(a) familiar en la casa que lo cuida 5
- Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido 6
- Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana 7
- Otra, ¿cuál? 8

Después de diligenciar, pase a 5.

C. R. Otra, ¿cuál?

4. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste?

- Hogar comunitario de Bienestar Familiar 1
- Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar 2
- Centro de desarrollo infantil público 3
- Jardín o colegio oficial 4
- Jardín o colegio privado 5

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)

<p>1. ¿Sabe leer y escribir?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 7</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="background-color: #e0f0e0; padding: 5px; margin-top: 10px;">Si es menor de 35 años, continúe. Si tiene 35 años o más, pase a 4.</p>	<p>3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie?</p> <p>Espera respuesta <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Considera que no está en edad escolar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Considera que ya terminó <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Falta de dinero o costos educativos elevados <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niño(a)s y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Por embarazo <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Falta de cupo <input type="checkbox"/> 8</p> <p>No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Necesita trabajar <input type="checkbox"/> 10</p> <p>No le gusta o no le interesa el estudio <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Por enfermedad <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Necesita educación especial <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual <input type="checkbox"/> 14</p> <p>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante <input type="checkbox"/> 15</p> <p>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos) <input type="checkbox"/> 16</p> <p>Otra razón, ¿cuál?</p>	<p>4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Preescolar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Básica primaria (1.º-5.º) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Básica secundaria (6.º-9.º) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Media (10.º-13.º) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnico sin título <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Técnico con título <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Tecnológico sin título <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Tecnológico con título <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Universitario sin título <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Universitario con título <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Posgrado sin título <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Posgrado con título <input type="checkbox"/> 13</p>		
		C. R.	Otra razón, ¿cuál?	Nivel	Grado o año aprobado:

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

Pase a 6

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

	5. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?	6. ¿Cuál es la modalidad de educación media que cursó?	7. ¿En qué nivel está matriculado(a)... y qué grado o año cursa?	8. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?	9. ¿Cuál es la modalidad de educación media que cursa o cursó?	10. El establecimiento donde estudia... es:		
	Número de años		Nivel	Grado o año que cursa	Número de años	C. R.	Con subsidio del Estado	Sin subsidio
01							1	2
02							1	2
03							1	2
04							1	2
05							1	2
06							1	2
07							1	2
08							1	2
09							1	2

Académica 1

Técnica industrial 2

Técnica comercial 3

Técnica agropecuaria 4

Otra técnica 5

No sabe 6

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

- 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

- Académica 1
- Técnica industrial 2
- Técnica comercial 3
- Técnica agropecuaria 4
- Otra técnica 5
- No sabe 6

- Oficial 1
- No oficial 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 Pase a 17		
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)

16A. ¿Cuáles alimentos recibe:

1. Almuerzo? Sí 1 No 2
2. Refrigerio o desayuno? 1 2

¿Cuántos recibe regularmente en la jornada escolar?

¿Cuántos?

17. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?

- Sí 1
- No 2 Pase a 19

Frecuencia:

- Mensual 1
- Bimensual 2
- Semestral 3
- Anual 4

C. R.

Valor (\$)

Frecuencia

18. ¿De quién recibió la beca para estudiar?

- De la misma institución educativa 1
- Icetex 2
- Gobierno nacional o departamental 3
- Gobierno distrital o municipal 4
- Otra entidad pública 5
- Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan 6
- Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan 7
- Otra entidad privada 8

19. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?

- Sí 1
- No 2 Pase a 21

Frecuencia:

- Mensual 1
- Bimensual 2
- Semestral 3
- Anual 4

C. R.

Valor (\$)

Frecuencia

20. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?

- De la misma institución educativa 1
- Icetex 2
- Gobierno nacional o departamental 3
- Gobierno distrital o municipal 4
- Otra entidad pública 5
- Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan 6
- Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan 7
- Otra entidad privada 8

21. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... ha recibido crédito educativo?

- Sí 1
- No 2

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

Frecuencia:

- Mensual 1
- Bimensual 2
- Semestral 3
- Anual 4

C. R.

Valor (\$)

Frecuencia

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													

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	Años
-------	----------------------	------	-----------------	--------	-------	------

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

13. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...?	14. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?	15. En este trabajo... es: <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Lea las alternativas</p> <ul style="list-style-type: none"> Obrero o empleado de empresa particular 1 Obrero o empleado del gobierno 2 → Pase a 17 Empleado doméstico 3 Profesional independiente 4 Trabajador independiente o por cuenta propia 5 Patrón o empleador 6 Trabajador de finca, tierra o parcela PROPIA, EN ARRIENDO, APARCERÍA, USUFRUCTO O POSESIÓN 7 → Pase a 32 Trabajador sin remuneración 8 Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados del servicio doméstico, mayordomos, jornaleros, etc.) 9 → Pase a 34 Jornalero o peón 10 Pase a 17 	16. ¿Para realizar este trabajo tiene... algún tipo de contrato? <p>Sí 1</p> <p>No 2 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>17. ¿Qué tipo de contrato tiene, verbal o escrito?</p> <p>Verbal <input type="text" value="1"/></p> <p>Escrito <input type="text" value="2"/></p>	<p>18. ¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?</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>19. ¿Está afiliado(a) por una empresa o individualmente a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL) (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?</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>20. ¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?</p> <p>Si es menos de un mes, escriba 00.</p>	<p>21. ¿La empresa donde trabaja le suministra elementos de protección personal para la realización de su trabajo?</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>22. Antes de descuentos, ¿cuánto ganó... el MES PASADO en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya horas extras, viáticos y pagos en especie.)</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?		24. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?		25. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)?		26. ¿Normalmente... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?		27. El MES PASADO, ¿... recibió subsidio de alimentación en dinero?		28. El MES PASADO, ¿... recibió auxilio de transporte en dinero?	
Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1
No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2
No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9
C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)	C. R.	Valor mensual (\$)

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

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

- Sí 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 o 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:

- Deficiente seguridad industrial? 1
- Ruidos, vibraciones o choques molestos? 2
- Exige mucho esfuerzo físico? 3
- Temperaturas extremas? 4
- Olores fuertes o presencia de polvo en el ambiente? 5
- Mala iluminación o aireación? 6
- Picadura de insectos y mordedura de animales? 7
- Exposición permanente a variaciones climáticas? 8
- Exige mucho esfuerzo intelectual? 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)

42. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo?	43. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas? Por primera vez <input type="checkbox"/> 1 Trabajó antes <input type="checkbox"/> 2	44. ¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?	45. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de trabajo? Si en pregunta 43 respondió 1, no haga esta pregunta. Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9	46. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones? Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más. Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 <div style="margin-left: 20px;"> Pase a 48 </div>	47. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente: Fondo privado? <input type="checkbox"/> 1 Colpensiones? <input type="checkbox"/> 2 Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Magisterio, etc.?) <input type="checkbox"/> 3 Fondo subsidiado (Programa de Subsidio al Aporte en Pensión, Colombia Mayor, Prosperar)? <input type="checkbox"/> 4 No sabe <input type="checkbox"/> 5
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)

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, adultos mayores o personas con discapacidad?
 - 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)

1A. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador de escritorio (en cualquier lugar)? 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	1B. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador portátil (en cualquier lugar)? 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 portátil <input type="checkbox"/> 5	1C. ¿Con qué frecuencia utiliza... tableta (en cualquier lugar)? 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.	2. ¿Cuáles de las siguientes actividades sabe hacer... en el computador de escritorio, portátil o tableta: Solo para personas que en preguntas 1a, 1b o 1c respondieron opciones 1 a 4. <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>1. Copiar o mover un archivo o carpeta?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><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: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><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: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><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: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>7. Transferir archivos entre computadores y otros dispositivos (USB, celular, etc.)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>8. Descargar o instalar programas computacionales (software)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>9. Utilizar un lenguaje de programación especializado?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </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)

3. ¿Con qué frecuencia utiliza... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)? 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>	4. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet: 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	5. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet: 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	6. ¿Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza... internet: Obtener información? (Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje) <input type="checkbox"/> 1 Enviar o recibir correos electrónicos? <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 entidades del gobierno (nacional, departamental o municipal)? <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 <small>Después de diligenciar, pase a 8</small>
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. ¿Cuál es la principal razón por la que... no utiliza internet?		8. ¿... tiene teléfono celular?		9. A pesar de no tener teléfono celular, ¿... utiliza teléfono celular?	10. ¿Por qué medio(s)... utiliza el teléfono celular?	11. ¿Con qué frecuencia utiliza... teléfono celular?	
Es muy costoso	<input type="checkbox"/> 1	Sí	<input type="checkbox"/> 1	Sí	<input type="checkbox"/> 1	Todos los días de la semana	<input type="checkbox"/> 1
No lo considera necesario	<input type="checkbox"/> 2			No	<input type="checkbox"/> 2	Al menos una vez a la semana, pero no cada día	<input type="checkbox"/> 2
No sabe usarlo	<input type="checkbox"/> 3	Teléfono celular convencional	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			Al menos una vez al mes, pero no cada semana	<input type="checkbox"/> 3
No hay cobertura del servicio en la zona	<input type="checkbox"/> 4	Teléfono celular inteligente (smartphone)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			Al menos una vez al año, pero no cada mes	<input type="checkbox"/> 4
No le tienen permitido usar internet	<input type="checkbox"/> 5						
Por razones de seguridad o privacidad	<input type="checkbox"/> 6						
Otra, ¿cuál?	<input type="checkbox"/> 7	No	<input type="checkbox"/> 2				
C. R.	Otra, ¿cuál?	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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	

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 (\$)
Código			Código		
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

13. Además de lo recibido en dinero, ¿el mes pasado... recibió alimentos, vivienda, transporte u otros ingresos en especie por este trabajo?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

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?

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

C. R. Valor mensual

Horas

Horas

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS

Nombre(s) y apellido(s) de la persona:	Número de orden de la persona que proporciona la información:	1. Tipo de documento de identidad		2. Sexo:		3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de... ?			4. ¿Cuántos años cumplidos tiene... ?	
		Registro civil de nacimiento	<input type="text" value="1"/>	Hombre	<input type="text" value="1"/>	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	<input type="text" value="2"/>	Mujer	<input type="text" value="2"/>					
		Cédula de ciudadanía	<input type="text" value="3"/>							
		Cédula de extranjería	<input type="text" value="4"/>							
		No tiene documento de identidad	<input type="text" value="5"/>							
		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, adultos mayores o personas con discapacidad?	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="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	Sí <input type="text" value="1"/>
No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>	No <input type="text" value="2"/>
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 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 12 MESES, algún miembro de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal por concepto de:

1. Familias en Acción? ¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?

Sí 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100

L. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (Para el 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
- 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 (vigilantes, secretarías, gerentes, etc.)
4. Mala atención del personal asistencial (médicos, odontólogos, enfermeras, etc.)
5. Disponibilidad de las citas
6. 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
- Le negaron el cambio de régimen de afiliación a salud
- Otra, ¿cuál?

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

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



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia

Diseño, diagramación e impresión
Área de Comunicación del Departamento Administrativo
Nacional de Estadística
2018