



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"/>
Día de la semana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hora de inicio (hora-minutos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>
Hora de terminación (hora-minutos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <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"/> <input type="text"/> |
| 2. Vidrio | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Papel y cartón | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Plástico | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Pilas y baterías | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Envases metálicos o de aluminio | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Medicamentos | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| No <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"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Apagar luces | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Planchar la mayor cantidad de ropa en cada ocasión o no planchar | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Desconectar aparatos eléctricos | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Reutilizar agua | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Recolectar agua lluvia | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Usar tanque sanitario de bajo consumo de agua | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8. Usar economizadores de agua para ducha y grifería | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

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

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

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

Sí No

16. El agua para beber principalmente:

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

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

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

1	
---	--

2	
---	--

3	
---	--

4	
---	--

5	
---	--

→ Pase
a 19

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

No 2

Después de diligenciar, pase a 21

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

1	
---	--

2	
---	--

3	
---	--

4	
---	--

5	
---	--

6	
---	--

7	
---	--

8

20. Adicionalmente, ¿utilizan otro combustible para cocinar?

Sí

1	
---	--

Qué tipo de combustible utilizan:

1	
---	--

2	
---	--

3	
---	--

4	
---	--

5	
---	--

6	
---	--

7	
---	--

8	
---	--

No

2	
---	--

21. ¿En este hogar tienen servicio telefónico fijo?

No

2	
---	--

22. ¿Cuántas personas componen este hogar?

Observaciones:

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

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

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

- Jefe(a) del hogar1
- Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a)2
- Hijo(a), hijastro(a)3
- Nieto(a)4
- Padre, madre, padrastro, madrastra5
- Suegro o suegra6
- Hermano(a), hermanastro(a)7
- Yerno, nuera8
- Otro(a) pariente del (de la) jefe(a)9
- Empleado(a) del servicio doméstico10
- Parientes del servicio doméstico11
- Trabajador12
- Pensionista13
- Otro(a) no pariente14

Para menores de 10 años, pase a 8.

6. Actualmente...:

- No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años1
- No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más2
- 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?

- Sí1
- No2

8. ¿Dónde nació...?

- En este municipio1
- En otro municipio2
- En otro país3

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

No

1

2

Pase a 14

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

Otro municipio

1

2

Pase a 14

12. ... vivía en:

El centro urbano donde está la alcaldía

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

1

2

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

C. R. Otra, ¿cuál?

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

- Sí 1
- No 2
- Fallecido 3

→ Pase a 16

C. R. Número de orden

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

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?		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...?	
Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 18		Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1		Indígena <input type="checkbox"/> 1		Si tiene 15 años o más, pasa a 20. De lo contrario, termine capítulo.	
No <input type="checkbox"/> 2		Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2		Gitano(a) (Rom) <input type="checkbox"/> 2			
Fallecida <input type="checkbox"/> 3		Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3		Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> 3			
		Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4		Palenquero(a) de San Basilio <input type="checkbox"/> 4			
		Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5		Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a) <input type="checkbox"/> 5			
		Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6		Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 6			
		Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7					
		Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8					
		Ninguno <input type="checkbox"/> 9					
		No sabe <input type="checkbox"/> 10					
C. R.		Número de orden				Pueblo indígena	
						Código	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

Las preguntas 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)».

<p>20. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su vida actualmente?</p> <div><div>10</div>Totalmente satisfecho(a)</div> <div><div>9</div></div> <div><div>8</div></div> <div><div>7</div></div> <div><div>6</div></div> <div><div>5</div></div> <div><div>4</div></div> <div><div>3</div></div> <div><div>2</div></div> <div><div>1</div></div> <div><div>0</div>Totalmente insatisfecho(a)</div>

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

Las siguientes preguntas tratan sobre cómo se sintió el día de ayer en una escala de 0 a 10. Donde 0 significa que no experimentó «para nada» esa sensación y 10 significa que experimentó «todo el tiempo» esa sensación.			En una escala de 0 a 10, donde 0 significa que siente que las cosas que hace en su vida «no valen la pena» y 10 significa que «valen totalmente la pena»:	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?	26. ¿Qué tan preocupado(a) se sintió... el día de ayer?	27. ¿Qué tan triste se sintió... el día de ayer?	28. ¿Qué tanto considera... que las cosas que hace en su vida valen la pena?	29. ¿En cuál escalón diría usted que se encuentra parado(a) en este momento?
<div><div>10</div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Todo el tiempo feliz</div> <div>Para nada feliz</div>	<div><div>10</div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Todo el tiempo preocupado(a)</div> <div>Para nada preocupado(a)</div>	<div><div>10</div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Todo el tiempo triste</div> <div>Para nada triste</div>	<div><div>10</div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Valen totalmente la pena</div> <div>No valen la pena</div>	<div><div>10</div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Mejor vida</div> <div>Peor vida</div>

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</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>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"/></p> <p>Muchos trámites <input type="text" value="2"/></p> <p>No le interesa o descuido <input type="text" value="3"/></p> <p>No sabe que debe afiliarse <input type="text" value="4"/></p> <p>No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario) <input type="text" value="5"/></p> <p>Está en trámite de afiliación <input type="text" value="6"/></p> <p>No hay una entidad cercana <input type="text" value="7"/></p> <p>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" value="Otra razón, ¿cuál?"/></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"/></p> <p>Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) <input type="text" value="2"/></p> <p>Subsidiado (EPS-S) <input type="text" value="3"/> Pase a 7</p> <p>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"/></p> <p>Le descuentan de la pensión <input type="text" value="2"/> → Pase a 6</p> <p>... paga la totalidad de la afiliación <input type="text" value="3"/></p> <p>Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="text" value="4"/> Pase a 7</p> <p>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"/></p> <p>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" value="Número de orden"/></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>		<p>Muy buena <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>Buena <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/></p> <p>Mala <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/></p> <p>Muy mala <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/></p>		<p>Trámites excesivos o dispendiosos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/></p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/></p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/></p> <p>Demora en la asignación de citas <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/></p> <p>Demora en la atención por parte del personal médico <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/></p>		<p>Sí No</p> <p>1. Medicina prepagada <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/></p> <p>2. Plan complementario de salud con una EPS <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/></p> <p>3. Póliza de hospitalización o cirugía <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/></p> <p>4. Seguros médicos estudiantiles <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/></p> <p>5. Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/></p>		<p>Muy bueno <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>Bueno <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/></p> <p>Regular <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/></p> <p>Malo <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/></p>	
Valor mensual pagado o descontado (\$)		C. R.		Otro, ¿cuál?					
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?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <table border="1"> <tr> <td>Le han diagnosticado enfermedades crónicas</td> <td>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)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2. Al odontólogo(a)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>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</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Después de diligenciar, pase a 16.</p>	<p>15. ¿Por qué razón principal no consulta al médico(a) ni al odontólogo(a)?</p> <p>Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Muchos trámites <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Considera que su estado de salud es bueno <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Considera que le hacen esperar mucho para atenderle <input type="checkbox"/> 4</p> <p>El centro de atención está muy lejos <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Dificultad para viajar <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No confía en los médicos <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Considera que la atención es mala <input type="checkbox"/> 8</p> <p>No le interesa o descuido <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Es difícil conseguir una cita oportuna <input type="checkbox"/> 10</p> <p>No tiene tiempo <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 12</p>
Le han diagnosticado enfermedades crónicas	Recibe tratamiento					

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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	1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			

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

Ahora se le preguntará acerca de las capacidades y habilidades para realizar algunas actividades de la vida cotidiana que pueden verse afectadas por dificultades físicas o mentales.

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

	No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad
1. Oír la voz o los sonidos?	1	2	3	4
2. Hablar o conversar?	1	2	3	4
3. Ver de cerca, de lejos o alrededor?	1	2	3	4
4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	1	2	3	4
5. Agarrar o mover objetos con las manos?	1	2	3	4
6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?	1	2	3	4
7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?	1	2	3	4
8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	1	2	3	4
9. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios?	1	2	3	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?	1
Por enfermedad?	2
Por accidente laboral o enfermedad profesional?	3
Por otro tipo de accidente?	4
Por edad avanzada?	5
Por el conflicto armado?	6
Por violencia NO asociada al conflicto armado?	7
Por otra causa?	8
No sabe	9

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

	Sí	No
1. Gafas, lentes, lupas, implantes cocleares, bastones, silla de ruedas, entre otras?	1	2
2. Ayuda de otras personas?	1	2
3. Medicamentos o terapias?	1	2
4. Prácticas de medicina ancestral?	1	2

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

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

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

Una persona del hogar

1

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

Sí 1 No 2

Una persona de otro hogar no remunerada

2

Una persona de otro hogar remunerada

3

Permanece solo

4

No requiere cuidado

5

Hombre 1

Mujer 2

C. R.

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

Sexo

Número de orden

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

Sí 1

No 2 Pase a 38

22. Por ese problema de salud, ¿durante 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, farmaceuta, 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

15

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

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

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

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

C. R. Número de días

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="text"/> 1 Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada <input type="text"/> 2 Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) <input type="text"/> 3 Secretaría de salud o la alcaldía <input type="text"/> 4 Recursos propios o familiares <input type="text"/> 5 Recursos de otras personas <input type="text"/> 6 No se requirió pago <input type="text"/> 7		Sí <input type="text"/> 1 No <input type="text"/> 2 Pase a 38		Sí, todos <input type="text"/> 1 Pase a 38 Sí, algunos <input type="text"/> 2 No <input type="text"/> 3		No están incluidos en el POS o no le autorizaron <input type="text"/> 1 No había los medicamentos recetados <input type="text"/> 2 No había la cantidad requerida <input type="text"/> 3 Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica <input type="text"/> 4 No hizo las gestiones para reclamarlos <input type="text"/> 5 No tenía dinero <input type="text"/> 6 Acudió a médico particular <input type="text"/> 7 Otra, ¿cuál? <input type="text"/> 8		Sí <input type="text"/> 1 Frecuencia: Diariamente <input type="text"/> 1 Algunos días de la semana <input type="text"/> 2 Menos de una vez por semana <input type="text"/> 3 No <input type="text"/> 2 Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más.		Sí <input type="text"/> 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="text"/> 1 Todos los días de la semana (una vez al día) <input type="text"/> 2 Cuatro a seis veces a la semana <input type="text"/> 3 Dos o tres veces a la semana <input type="text"/> 4 Una vez a la semana <input type="text"/> 5 Menos de una vez por semana <input type="text"/> 6 No <input type="text"/> 2	
C. R.		C. R.		C. R.		C. R.		C. R.		C. R.	
Otra, ¿cuál?		Frecuencia		¿Cuántos cigarrillos al día?		Frecuencia de consumo					
01	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										
02	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										
03	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										
04	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										
05	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										
06	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										
07	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										
08	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										
09	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7										

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

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

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

47. ¿A qué edad tuvo su primer hijo(a)?

Edad

No ha tenido hijos(as)

48. ¿... tiene el esquema completo de vacunación, según su edad?

Sí

No

Las preguntas 48 a 50 son solo para personas menores de 6 años.

49. ¿Llevaron a... a control de crecimiento y desarrollo?

Sí ¿Cuántas veces le llevaron durante los ÚLTIMOS 12 MESES?

No

Termine capítulo

50. ¿Cuál fue la principal razón para no llevar a... a un control de crecimiento y desarrollo?

No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta

La consulta es muy cara, no tiene plata

El lugar donde le atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca

No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo

No está afiliado(a) a EPS o a régimen subsidiado

No consiguió cita cercana en el tiempo o le atienden muy mal

Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados

Considera que no está en edad o es recién nacido(a)

No tiene registro civil de nacimiento

Otra, ¿cuál?

Observaciones:

	C. R.	Edad	C. R.	Número de veces	C. R.	Otra, ¿cuál?
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

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

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

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

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

[illegible]

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

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

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

11. Este establecimiento está ubicado en:		12. ¿En qué jornada estudia ...?		13. Durante este año escolar, ¿... ha tenido gastos por:		14. ¿Qué medio de transporte utiliza principalmente ... para ir a la institución a la que asiste?		15. ¿Cuántos minutos gasta para ir a la institución a la que asiste?		16. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, refrigerios, almuerzos) en forma gratuita o por un pago simbólico?		
Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="text" value="1"/> Corregimiento, inspección de policía o caserío <input type="text" value="2"/> Vereda o campo <input type="text" value="3"/>		Mañana <input type="text" value="1"/> Tarde <input type="text" value="2"/> Noche <input type="text" value="3"/> Única o completa <input type="text" value="4"/> Fin de semana <input type="text" value="5"/>		1. Matrícula? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> 2. Pensión? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> 3. Otros conceptos por derechos académicos? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>		Vehículo particular <input type="text" value="1"/> Transporte escolar (ruta escolar) <input type="text" value="2"/> Transporte público <input type="text" value="3"/> A pie <input type="text" value="4"/> Bicicleta <input type="text" value="5"/> Otro <input type="text" value="6"/>		Minutos		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Pase a 17		
										C.R.	a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$)	b. Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)
01				1. <input type="text" 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"/>								
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"/>								
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"/>								
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"/>								
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"/>								
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"/>								
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"/>								
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"/>								
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"/>								

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

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

	16A. ¿Cuáles alimentos recibe:	17. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?	18. ¿De quién recibió la beca para estudiar?	19. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?	20. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?	21. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... ha recibido crédito educativo?	
	<p>1. Almuerzo? Sí [] No []</p> <p>2. Refrigerio o desayuno? [] []</p> <p>¿Cuántos recibe regularmente en la jornada escolar?</p> <p>[]</p>	<p>Sí []</p> <p>No [] Pase a 19</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual []</p> <p>Bimensual []</p> <p>Semestral []</p> <p>Anual []</p>	<p>De la misma institución educativa []</p> <p>Icetex []</p> <p>Gobierno nacional o departamental []</p> <p>Gobierno distrital o municipal []</p> <p>Otra entidad pública []</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan []</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan []</p> <p>Otra entidad privada []</p>	<p>Sí []</p> <p>No [] Pase a 21</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual []</p> <p>Bimensual []</p> <p>Semestral []</p> <p>Anual []</p>	<p>De la misma institución educativa []</p> <p>Icetex []</p> <p>Gobierno nacional o departamental []</p> <p>Gobierno distrital o municipal []</p> <p>Otra entidad pública []</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan []</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan []</p> <p>Otra entidad privada []</p>	<p>Sí []</p> <p>No [] Si es menor de 18 años, pase a pregunta 23; de lo contrario, termine capítulo.</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual []</p> <p>Bimensual []</p> <p>Semestral []</p> <p>Anual []</p>	
	¿Cuántos?	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia
01	1. [] [] 2. [] []						
02	1. [] [] 2. [] []						
03	1. [] [] 2. [] []						
04	1. [] [] 2. [] []						
05	1. [] [] 2. [] []						
06	1. [] [] 2. [] []						
07	1. [] [] 2. [] []						
08	1. [] [] 2. [] []						
09	1. [] [] 2. [] []						

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

22. ¿Quién le concedió el crédito educativo?

Icetex1

Fondo Nacional del Ahorro2

Banco o corporación3

Otra entidad pública4

Establecimiento educativo5

Fundación (ONG)6

Otra entidad, ¿cuál?7

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

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

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

Una persona de este hogar1

Una persona de otro hogar2

Una institución3

Permanece solo4

1 Número de orden → Termine capítulo

2 →

3 → Termine capítulo

4 →

24. ¿Cuántos años tiene esta persona?

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

Algunos años de primaria1

Toda la primaria2

Algunos años de secundaria3

Toda la secundaria4

Uno o más años de técnica o tecnológica5

Técnica o tecnológica completa6

Uno o más años de universidad7

Universitaria completa8

Ninguno9

No sabe10

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

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

G

29

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?		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?
	C. R. Otra actividad, ¿cuál?					
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

Código

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

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

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

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

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

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

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

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

Sí 1
No 2
No sabe, no informa 9

C. R. Valor mensual (\$)

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

Sí 1
No 2
No sabe, no informa 9

C. R. Valor mensual (\$)

31. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:

Después de diligenciar pase a la pregunta 34

1. ¿Prima de servicios?

Sí 1
No 2
No sabe, no informa 9

C. R. Valor (\$)

2. ¿Prima de navidad?

Sí 1
No 2
No sabe, no informa 9

C. R. Valor (\$)

3. ¿Prima de vacaciones?

Sí 1
No 2
No sabe, no informa 9

C. R. Valor (\$)

4. ¿Bonificaciones?

Sí 1
No 2
No sabe, no informa 9

C. R. Valor (\$)

5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?

Sí 1
No 2
No sabe, no informa 9

C. R. Valor (\$)

01

02

03

04

05

06

07

08

09

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

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

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

<div>38. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?</div>	<div>39. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?</div>	<div>40. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?</div> <div>Solo realice esta pregunta si H39 es menor a H38.</div> <div>Enfermedad, permiso o licencia1</div> <div>Festivos2</div> <div>Vacaciones3</div> <div>Capacitación4</div> <div>Suspensión o terminación del empleo5</div> <div>Reducción de la actividad económica de la empresa o del negocio6</div> <div>Otra, ¿cuál?7</div>	<div>40A. ¿Cuáles de las siguientes situaciones o aspectos se presentan en el ejercicio de su trabajo:</div> <div>Deficiente seguridad industrial?1</div> <div>Ruidos, vibraciones o choques molestos?2</div> <div>Exige mucho esfuerzo físico?3</div> <div>Temperaturas extremas?4</div> <div>Olores fuertes o presencia de polvo en el ambiente?5</div> <div>Mala iluminación o aireación?6</div> <div>Picadura de insectos y mordedura de animales?7</div> <div>Exposición permanente a variaciones climáticas?8</div> <div>Exige mucho esfuerzo intelectual?9</div> <div>Tratos indebidos o presiones psicológicas?10</div> <div>Jornadas de trabajo extensas?11</div> <div>Ninguno de los anteriores?12</div>	<div>41. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el mes pasado tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?</div> <div>Después de diligenciar pase a 46.</div> <div>Sí1</div> <div>No2</div>		
Horas	Horas	C. R.	Otra, ¿cuál?		C. R.	Valor total percibido (\$)
01				123456789101112		
02				123456789101112		
03				123456789101112		
04				123456789101112		
05				123456789101112		
06				123456789101112		
07				123456789101112		
08				123456789101112		
09				123456789101112		

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

<div>42. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo?</div> <div>Número de semanas</div>	<div>43. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?</div> <div>Por primera vez 1</div> <div>Trabajó antes 2</div>	<div>44. ¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?</div> <div>Código</div>	<div>45. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de trabajo?</div> <div>Si en pregunta 43 respondió 1, no haga esta pregunta.</div> <div>Sí 1</div> <div>No 2</div> <div>No sabe, no informa 9</div> <div>C. R.</div>	<div>46. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?</div> <div>Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más.</div> <div>Sí 1</div> <div>No 2</div> <div>Ya es pensionado 3</div> <div>Pase a 48</div> <div>Valor (\$)</div>	<div>47. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente:</div> <div>Fondo privado? 1</div> <div>Colpensiones? 2</div> <div>Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Magisterio, etc.?) 3</div> <div>Fondo subsidiado (Programa de Subsidio al Aporte en Pensión, Colombia Mayor, Prosperar)? 4</div> <div>No sabe 5</div>	
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

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

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

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

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

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

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

2. ¿Realizar oficios en su hogar?

3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones?

4. ¿Cuidar o atender niño(a)s?

5. ¿Cuidar personas enfermas, adultos mayores o personas con discapacidad?

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

1

2

1

2

1

2

1

2

1

2

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

H

40

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

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

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

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

[illegible]

Observaciones:

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

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

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

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

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

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

Después de diligenciar, pase a 8

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

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

7. ¿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?		
<p>Es muy costoso <input type="checkbox"/></p> <p>No lo considera necesario <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe usarlo <input type="checkbox"/></p> <p>No hay cobertura del servicio en la zona <input type="checkbox"/></p> <p>No le tienen permitido usar internet <input type="checkbox"/></p> <p>Por razones de seguridad o privacidad <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>			<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p> Sí No</p> <p> Teléfono celular convencional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> Teléfono celular inteligente (smartphone) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> No <input type="checkbox"/></p> <p> Pase a 11</p>			<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Pase a 13</p>			<p>Un vendedor de minutos <input type="checkbox"/></p> <p>Prestado ocasionalmente por otra persona <input type="checkbox"/></p>			<p>Todos los días de la semana <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/></p> <p>Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/></p>		
C. R.	Otra, ¿cuál?		C. R.	Celular convencional	Celular inteligente (smartphone)									
01				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
02				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
03				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
04				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
05				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
06				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
07				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
08				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
09				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

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

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

- Llamadas personales o familiares? ☐ 1
- Llamadas laborales? ☐ 2
- Mensajes de texto (SMS, mensajería instantánea, chat, etc.)? ☐ 3
- Navegación en internet? ☐ 4
- Venta de minutos? ☐ 5
- Otras actividades? ☐ 6

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

- Todos los días de la semana ☐ 1
- Al menos una vez a la semana, pero no cada día ☐ 2
- Al menos una vez al mes, pero no cada semana ☐ 3
- Al menos una vez al año, pero no cada mes ☐ 4
- No escucha señal de radio dentro del hogar ☐ 5 → Termina capítulo

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

- Entretenimiento (música, deportes, variedades, humor) ☐ 1
- Noticias ☐ 2
- Información de interés comunitario ☐ 3
- Educación y aprendizaje ☐ 4
- Otra ☐ 5

Observaciones:

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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

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>Espera respuesta</p> <p>Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 7</p> <p>Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Estudiando <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 17</p> <p>Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6</p>		<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 7</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 7</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 7</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 } Pase a 17</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	
		C. R.	Otra actividad, ¿cuál?								
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

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

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

13. Además de lo recibido en dinero, ¿el mes pasado... recibió alimentos, vivienda, transporte u otros ingresos en especie por este trabajo?		14. ¿Dónde realiza principalmente su trabajo:		15. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?	16. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?
<div>Sí 1</div> <div>No 2</div> <div>No sabe, no informa 9</div>		<div>En esta vivienda 1</div> <div>En otras viviendas 2</div> <div>En kiosco-caseta 3</div> <div>En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) 4</div> <div>Puerta a puerta 5</div> <div>Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario) 6</div> <div>Local fijo, oficina, fábrica, etc. 7</div> <div>En el campo o área rural, mar o río 8</div> <div>En una obra de construcción 9</div> <div>En una mina o cantera 10</div>			
C. R.	Valor mensual			Horas	Horas
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS

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

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

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

1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales?	2. ¿Realizar oficios en su hogar?	3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones?	4. ¿Cuidar o atender niño(a)s?	5. ¿Cuidar personas enfermas, 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?
<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>	<div>Sí12</div> <div>No23</div>
C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

Propia, totalmente pagada 1 → Pase a 3

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

En arriendo o subarriendo 3 ➔ Pase a 7

Con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario)

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

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

2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ _____

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

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

Sí	1	
----	---	--

No 2 Pase a 5

4. La escritura está a nombre de:

	Número de orden
Solo una persona del hogar	1

Nombre: _____

Dos o más personas del hogar 2

¿Cuántas? _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

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

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

Valor \$ _____

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

Valor \$ _____ Pase a 8

7. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo?

Valor \$ _____

Excluya el pago de administración o celaduría.

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

Sí	1	
----	---	--

1. ¿En dinero? Sí

1	
---	--

 Valor \$ _____

No 2

2. ¿En especie? Sí Valor estimado \$

No

2	
---	--

No 2

Observaciones:

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

1. ¿Quién contesta el capítulo?

Jefe(a) de hogar

Cónyuge

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

Seguro(a)

Inseguro(a)

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

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

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

Muy buenas

Buenas

Regulares

Malas

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

Mejor

Igual

Peor

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

Mejor

Igual

Peor

7. ¿Usted se considera pobre?

Sí

No

8. Los ingresos de su hogar:

No alcanzan para cubrir los gastos mínimos

Alcanzan para cubrir los gastos mínimos

Cubren más que los gastos mínimos

9. ¿Durante los últimos 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?

Sí →

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

No

Número de orden

2. Programa para adultos mayores (Colombia Mayor)?

Sí →

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

No

3. Otro, ¿cuál?

Sí →

¿Cuáles?

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

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

Sí

No

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

Libras

Gramos

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

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

L. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (Para el 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 | <input type="text"/> |
| 2. Establecimiento educativo o de cuidado de niños y niñas (colegio, jardín infantil, hogar comunitario o centro de desarrollo infantil) | <input type="text"/> |
| 3. Hospital o centro de salud | <input type="text"/> |
| 4. Supermercado, plaza de mercado o tienda | <input type="text"/> |
| 5. Estación de policía o CAI | <input type="text"/> |
| 6. Droguería o farmacia | <input type="text"/> |
| 7. Parque o zonas verdes | <input type="text"/> |
| 8. Banco, cajero automático o corresponsal bancario | <input type="text"/> |



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia

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