



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:

Resultado de la encuesta

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

2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor(a)

Nombre:

Observaciones:

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

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

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

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

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

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

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

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

3. Durante los ÚLTIMOS 30 días se han presentado:

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

Solo para hogares donde B5 opción 1= 1

3A. ¿Cuál es la fuente de iluminación principal en la vivienda?

- | | |
|--|----------------------|
| Energía eléctrica | <input type="text"/> |
| Lámpara de Gas Propano | <input type="text"/> |
| Lámpara de Kereosene, petróleo, gasolina | <input type="text"/> |
| Lámpara de pilas o baterías | <input type="text"/> |
| Velas | <input type="text"/> |

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"/> |
| Inodoro conectado a pozo séptico | <input type="text"/> |
| Inodoro sin conexión | <input type="text"/> |
| Letrina | <input type="text"/> |
| Inodoro con descarga directa a fuentes de agua (bajamar) | <input type="text"/> |
| No tiene servicio sanitario | <input type="text"/> Pase a 9 |

6. El servicio sanitario está ubicado:

Dentro de la vivienda

Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno

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

Compartido con personas de otros hogares

9. El hogar cuenta con:

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

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

Sí

No

No se lavan las manos

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

La recogen los servicios del aseo

La tiran a un río, quebrada, caño o laguna

La tiran a un patio, lote, zanja o baldío

La queman

La entierran

La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)

12. ¿En este hogar clasifican las basuras?

Sí

Qué tipo de material clasifican:

- | | |
|---|----------------------|
| 1. Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos | <input type="text"/> |
| 2. Vidrio | <input type="text"/> |
| 3. Papel y cartón | <input type="text"/> |
| 4. Plástico | <input type="text"/> |
| 5. Pilas y baterías | <input type="text"/> |
| 6. Envases metálicos o de aluminio | <input type="text"/> |
| 7. Medicamentos | <input type="text"/> |

No

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

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

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

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

Pase a 16

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

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

- Jefe(a) del hogar
- Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a)
- Hijo(a), hijastro(a)
- Nieto(a)
- Padre, madre, padrastro, madrastra
- Suegro o suegra
- Hermano(a), hermanastro(a)
- Yerno, nuera
- Otro(a) pariente del (de la) jefe(a)
- Empleado(a) del servicio doméstico
- Parientes del servicio doméstico
- Trabajador
- Pensionista
- Otro(a) no pariente

Para menores de 10 años, pase a 8.

6. Actualmente...:

- No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años
- No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más
- Está viudo(a)
- Está separado(a) o divorciado(a)
- Está soltero(a)
- Está casado(a)

→Pase a 8

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

- Sí
- No

8. ¿Dónde nació...?

- En este municipio
- En otro municipio

En otro país

Después de diligenciar esta opción, pase a pregunta 10

- | | | |
|---|---|--|
| Estados Unidos <input type="text" value="1"/> | España <input type="text" value="2"/> | Venezuela <input type="text" value="3"/> |
| Ecuador <input type="text" value="4"/> | Panamá <input type="text" value="5"/> | Perú <input type="text" value="6"/> |
| Costa Rica <input type="text" value="7"/> | Argentina <input type="text" value="8"/> | Francia <input type="text" value="9"/> |
| Italia <input type="text" value="10"/> | Otro país <input type="text" value="11"/> | |

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

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

<p>9. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 14</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>10. ¿Cuántos años continuos hace que vive... aquí en este municipio?</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> Si es menos de un año, escriba 00. </div>	<p>11. Antes de venir a este municipio... vivía en:</p> <p>Otro país <input type="checkbox"/> 1 Pase a 14</p> <p>Otro municipio <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>12. ... vivía en:</p> <p>El centro urbano donde está la alcaldía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/> 2</p>			
	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
- Adquisición de vivienda 10
- Otra, ¿cuál? 11

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

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

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

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

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

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

<p>16. La madre de... ¿vive en este hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 18</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fallecida <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>17. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?</p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>18. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:</p> <p>Indígena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Gitano(a) (Rom) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Palenquero(a) de San Basilio <input type="checkbox"/> 4 → Si tiene 15 años o más pasa a D20, de lo contrario termine capítulo</p> <p>Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>19. ¿A cuál pueblo indígena pertenece...?</p> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Si tiene menos de 15 años termine capítulo</p>	
C. R.	Número de orden		Pueblo indígena	Código

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<p>20. ¿Usted se considera campesino(a)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 22</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 22</p>	<p>21. ¿Usted considera que alguna vez fue campesino(a)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>22. ¿Usted considera que la comunidad en que vive es campesina?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
---	---	---

01			
02			
03			

04			
05			
06			

07			
08			
09			

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

Las preguntas 23 a 32 son para personas de 15 años o más.

Las preguntas 23 a 27 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>23. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su vida actualmente?</p> <p><input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho(a)</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho(a)</p>	<p>24. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su ingreso actualmente?</p> <p><input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho(a)</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho(a)</p> <p><input type="text" value="99"/> No recibe ingresos</p>	<p>25. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su salud actualmente?</p> <p><input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho(a)</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho(a)</p>	<p>26. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su nivel de seguridad actualmente?</p> <p><input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho(a)</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho(a)</p>	<p>27. En general, ¿qué tan satisfecho(a) se siente... con su trabajo/actividad actualmente?</p> <p><input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho(a)</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho(a)</p>
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

Las preguntas 28 a 30 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.

<p>28. ¿Qué tan feliz se sintió... el día de ayer?</p> <p><input type="text" value="10"/> Todo el tiempo feliz</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Para nada feliz</p>	<p>29. ¿Qué tan preocupado(a) se sintió... el día de ayer?</p> <p><input type="text" value="10"/> Todo el tiempo preocupado(a)</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Para nada preocupado(a)</p>	<p>30. ¿Qué tan triste se sintió... el día de ayer?</p> <p><input type="text" value="10"/> Todo el tiempo triste</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Para nada triste</p>	<p>31. ¿Qué tanto considera... que las cosas que hace en su vida valen la pena?</p> <p><input type="text" value="10"/> Valen totalmente la pena</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> No valen la pena</p>	<p>32. ¿En cuál escalón diría usted que se encuentra parado(a) en este momento?</p> <p><input type="text" value="10"/> Mejor vida</p> <p><input type="text" value="9"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="6"/></p> <p><input type="text" value="5"/></p> <p><input type="text" value="4"/></p> <p><input type="text" value="3"/></p> <p><input type="text" value="2"/></p> <p><input type="text" value="1"/></p> <p><input type="text" value="0"/> Peor vida</p>
---	---	--	---	--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

E. SALUD (Para todas las personas del hogar)

1. ¿... está afiliado(a) (cotizante o beneficiario(a)) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])

- Sí 1 Pase a 3
 No 2
 No sabe, no informa 9 Pase a 9

2. ¿Por qué razón principal no está afiliado(a) a una entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])

- Por falta de dinero 1
 Muchos trámites 2
 No le interesa o descuido 3
 No sabe que debe afiliarse 4
 No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario) 5
 Está en trámite de afiliación 6
 No hay una entidad cercana 7
 Falta de documentación 8
 Otra razón, ¿cuál? 9

Después de responder la pregunta, pase a 9.

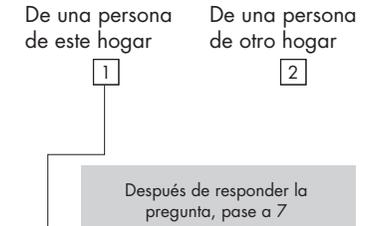
3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado(a)?

- Contributivo (EPS) 1
 Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) 2
 Subsidiado (EPS-S) 3 Pase a 7
 No sabe, no informa 9 Pase a 9

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

- ... paga una parte y otra la empresa o patrón 1
 Le descuentan de la pensión 2 Pase a 6
 ... paga la totalidad de la afiliación 3
 No paga, es beneficiario(a) 5

5. ¿De quién es beneficiario(a)...?



C. R. Otra razón, ¿cuál?

C. R. Número de orden

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

<p>6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto(a) por una entidad de seguridad social en salud?</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-top: 20px;">Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99.</p> <p style="margin-top: 20px;">Valor mensual pagado o descontado (\$)</p>	<p>7. En general, considera que la calidad del servicio de la EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado(a) es:</p> <p>Muy buena <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Buena <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> ➔ Pase a 9</p> <p>Mala <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Muy mala <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> Pase a 9</p>	<p>8. ¿Cuál es el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad del servicio de su EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado(a)?</p> <p>Trámites excesivos o dispendiosos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Demora en la asignación de citas <input type="text" value="5"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Demora en la atención por parte del personal médico <input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text" value=""/></p> <p>C. R. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	<p>9. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros VOLUNTARIOS de salud tiene _____?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>1. Medicina prepagada</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>2. Plan complementario de salud con una EPS</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>3. Póliza de hospitalización o cirugía</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>4. Seguros médicos estudiantiles</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>5. Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></td> </tr> </table>		Sí	No	1. Medicina prepagada	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	2. Plan complementario de salud con una EPS	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	3. Póliza de hospitalización o cirugía	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	4. Seguros médicos estudiantiles	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	5. Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<p>10. El estado de salud de... en general, es:</p> <p>Muy bueno <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Bueno <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Regular <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Malo <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p>
	Sí	No																				
1. Medicina prepagada	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																				
2. Plan complementario de salud con una EPS	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																				
3. Póliza de hospitalización o cirugía	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																				
4. Seguros médicos estudiantiles	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																				
5. Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																				

01					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
02					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
03					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
04					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
05					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
06					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
07					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
08					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
09					1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>

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

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

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 pregunta 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

Si es menor de un día anote 00

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. 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"/> 1 Pase a 27</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>26. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no recibió atención médica en el servicio de urgencias?</p> <p>El caso era leve <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que tuviera contrato con ellos. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No tenía identificación y por eso lo rechazaron <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Indicaron que debían remitirlo a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No le dieron información <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: center;">Después de diligenciar esta pregunta, 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"/> 1</p> <p>En máximo 30 minutos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Entre 31 minutos y una hora <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Más de una hora hasta dos horas <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Más de dos horas <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>28. En el servicio de urgencias... fue atendido(a) por:</p> <p>Médico(a) general <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Odontólogo(a) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Especialista <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Pase a 31</p> <p style="text-align: right;">Pase a 32</p>
--	--	--	--

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

<p>29. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no solicitó o no recibió atención médica?</p> <p>El caso era leve <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No tuvo tiempo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>El centro de atención queda lejos <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Falta de dinero <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Mal servicio o cita distanciada en el tiempo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No lo atendieron <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No confía en los médicos <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Consultó antes y no le resolvieron el problema <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Muchos trámites para la cita <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No le cubrían o no le autorizaron la atención <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Le hacen esperar mucho para atenderlo <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Dificultad para viajar <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 13</p> <p><small>Después de diligenciar, pase a pregunta 38.</small></p>	<p>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)?</p> <p>Médico(a) general <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Odontólogo(a) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Acudió directo al especialista <input type="checkbox"/> 3 <small>Pase a 32</small></p>	<p>31. ... ¿fue remitido(a) a especialista?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>32. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.) fue:</p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a 34</small></p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>33. ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?</p> <p>Trámites excesivos o dispendiosos <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Demora en la asignación de citas <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Demora en la atención por parte del personal médico <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Problemas relacionados con los medicamentos <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p>
	C. R. Número de días			C. R. Otro, ¿cuál?

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

34. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó... para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos) EPS o entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado(a) <input type="checkbox"/> 1 Plan o seguro voluntario (Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="checkbox"/> 2 Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) <input type="checkbox"/> 3 Secretaría de salud o la alcaldía <input type="checkbox"/> 4 Recursos propios o familiares <input type="checkbox"/> 5 Recursos de otras personas <input type="checkbox"/> 6 No se requirió pago <input type="checkbox"/> 7	35. Por esta enfermedad, ¿a... le formularon medicamentos? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 38	36. ¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a... por cuenta de la institución a la cual está afiliado(a)? Sí, todos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 38 Sí, algunos <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3	37. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)? No están incluidos en el POS o no le autorizaron <input type="checkbox"/> 1 No había los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 2 No había la cantidad requerida <input type="checkbox"/> 3 Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica <input type="checkbox"/> 4 No hizo las gestiones para reclamarlos <input type="checkbox"/> 5 No tenía dinero <input type="checkbox"/> 6 Acudió a médico particular Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	38. ¿Actualmente ... fuma (cigarrillo, tabaco, vapeador o cigarrillo electrónico) Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más Frecuencia: Cigarrillo, tabaco <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 1 Diariamente <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 2 Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 3 Frecuencia: Vapeador o cigarrillo electrónico <input type="checkbox"/> 2 Sí <input type="checkbox"/> 1 Diariamente <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 2 Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1				39. ¿... consume bebidas azucaradas (gaseosas, refrescos, bebidas de jugos de frutas procesadas, té endulzado, refrescos en polvo)? Sí <input type="checkbox"/> 1 Formule esta pregunta solo para personas de 2 años y más. Con qué frecuencia consume las bebidas azucaradas: Todos los días de la semana (dos o más veces al día) <input type="checkbox"/> 1 Todos los días de la semana (una vez al día) <input type="checkbox"/> 2 Cuatro a seis veces a la semana <input type="checkbox"/> 3 Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 Una vez a la semana <input type="checkbox"/> 5 Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 6 No <input type="checkbox"/> 2	
				C. R.	Otra, ¿cuál?	C. R.	cigarrillos o tabaco		Frecuencia

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

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

39A. ¿ ... consume alimentos de paquete
(papas, plátanos, chitos, paquete mixto, rosquitas, chicharrones o similares)?

Sí Formule esta pregunta solo para personas de 2 años y más

Con qué frecuencia consume alimentos de paquete:

- Todos los días de la semana (dos o más veces al día) 1
- Todos los días de la semana (una vez al día) 2
- Cuatro a seis veces a la semana 3
- Dos o tres veces a la semana 4
- Una vez a la semana 5
- Menos de una vez por semana 6

No 2

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

Sí 1

No 2

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

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

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| | Sí | No |
| 1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado(a) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4. Secretaría de salud o la alcaldía | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 5. Recursos propios o familiares | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

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

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

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

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

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

Número de días

C. R.	Frecuencia de consumo			
01			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
02			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
03			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
04			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
05			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
06			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
07			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
08			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
09			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

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

<p>44. ¿... está embarazada actualmente o ha tenido hijos(as)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <small>Termine capítulo</small></p> <p>Solo para mujeres de 10 a 49 años.</p>	<p>45. Si está embarazada actualmente, ¿asiste a control prenatal?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No está embarazada <input type="checkbox"/> 3 <small>Pase a 47</small></p>	<p>46. ¿Durante este embarazo le han formulado suplementos vitamínicos (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio, etc.)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>47. ¿A qué edad tuvo su primer hijo(a)?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No ha tenido hijos(as) <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>48. ¿... tiene el esquema completo de vacunación, según su edad?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Las preguntas 48 a 50 son solo para personas menores de 6 años.</p>	<p>49. ¿Llevaron a... a control de crecimiento y desarrollo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuántas veces le llevaron durante los ÚLTIMOS 12 MESES?</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Termine capítulo</p>	<p>50. ¿Cuál fue la principal razón para no llevar a... a un control de crecimiento y desarrollo?</p> <p>No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta <input type="checkbox"/> 1</p> <p>La consulta es muy cara, no tiene plata <input type="checkbox"/> 2</p> <p>El lugar donde le atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No está afiliado(a) a EPS o a régimen subsidiado <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No consiguió cita cercana en el tiempo o le atienden muy mal <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Considera que no está en edad o es recién nacido(a) <input type="checkbox"/> 8</p> <p>No tiene registro civil de nacimiento <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10</p>		
			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?

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

C. R. Otro, ¿cuál?

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

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9

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

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

Después de diligenciar, pase a 5.

C. R. Otra, ¿cuál?

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

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

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

5. ¿Recibe o toma... desayuno o almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?

Sí 1

No 2 Pase a 7

Tenga presente que:

1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al desayuno o almuerzo.
2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.

6. ¿... paga por esta alimentación?

Sí, completamente 1

Si, por un pago simbólico 2

a. ¿Valor que paga DIARIO?

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

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

C. R.	2		3
	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)

7. ¿Recibe o toma... refrigerio en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?

Sí 1

No 2 Pase a 9

Tenga presente que:

1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al refrigerio.
2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.

8. ¿... paga por esta alimentación?

Sí, completamente 1

Si, por un pago simbólico 2

a. ¿Valor que paga DIARIO?

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

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

C. R.	2		3
	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

9. ¿Con quién permanece... después de asistir al hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio, o durante la mayor parte del tiempo entre semana?

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

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

Una persona de otro hogar

10. ¿Cuántos años tiene esta persona?

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

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

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

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

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

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

	C. R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años		
01						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>
02						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>
03						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>
04						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>
05						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>
06						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>
07						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>
08						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>
09						<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> _____ <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/>

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

1. ¿Sabe leer y escribir? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad) Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 7 No <input type="checkbox"/> 2 Si es menor de 35 años, continúe. Si tiene 35 años o más, pase a 4.	3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie? Considera que no está en edad escolar <input type="checkbox"/> 1 Considera que ya terminó <input type="checkbox"/> 2 Falta de dinero o costos educativos elevados <input type="checkbox"/> 3 Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niño(a)s y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas con discapacidad, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Por embarazo <input type="checkbox"/> 5 Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia <input type="checkbox"/> 6 Falta de cupo <input type="checkbox"/> 7 No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano <input type="checkbox"/> 8 Necesita trabajar <input type="checkbox"/> 9 No le gusta o no le interesa el estudio <input type="checkbox"/> 10 Por enfermedad <input type="checkbox"/> 11 Necesita educación especial <input type="checkbox"/> 12 Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual <input type="checkbox"/> 13 Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante <input type="checkbox"/> 14 Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos) <input type="checkbox"/> 15 Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 16	Espere respuesta	4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel? Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 2 Básica primaria (1.º-5.º) <input type="checkbox"/> 3 Básica secundaria (6.º-9.º) <input type="checkbox"/> 4 Media (10.º-13.º) <input type="checkbox"/> 5 Técnico sin título <input type="checkbox"/> 6 Técnico con título <input type="checkbox"/> 7 Tecnológico sin título <input type="checkbox"/> 8 Tecnológico con título <input type="checkbox"/> 9 Universitario sin título <input type="checkbox"/> 10 Universitario con título <input type="checkbox"/> 11 Posgrado sin título <input type="checkbox"/> 12 Posgrado con título <input type="checkbox"/> 13	Si es menor de 18 años, pase a pregunta 23; de lo contrario, termine capítulo. Pase a 6
			C. R. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/> Grado o año aprobado: <input type="checkbox"/>		

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

5. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?	6. ¿Cuál es la modalidad de educación media que cursó? Académica <input type="checkbox"/> 1 Técnica industrial <input type="checkbox"/> 2 Técnica comercial <input type="checkbox"/> 3 Técnica agropecuaria <input type="checkbox"/> 4 Otra técnica <input type="checkbox"/> 5 No sabe <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 Básica primaria (1.º-5.º) <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 10 Básica secundaria (6.º-9.º) <input type="checkbox"/> 3 Media (10.º-13.º) <input type="checkbox"/> 4 → Pase a 9 Técnico <input type="checkbox"/> 5 Tecnológico <input type="checkbox"/> 6 Universitario <input type="checkbox"/> 7 Posgrado <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 Técnica industrial <input type="checkbox"/> 2 Técnica comercial <input type="checkbox"/> 3 Técnica agropecuaria <input type="checkbox"/> 4 Otra técnica <input type="checkbox"/> 5 No sabe <input type="checkbox"/> 6	10. El establecimiento donde estudia... es: Oficial <input type="checkbox"/> 1 No oficial <input type="checkbox"/> 2		
					Número de años	Nivel	Grado o año que cursa

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

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

<p>11. Este establecimiento está ubicado en:</p> <p>Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Corregimiento, inspección de policía o caserío <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Vereda o campo <input type="checkbox"/> 3</p> <p><small>Si G7= 5, 6, 7 u 8, el nivel educativo es técnico, tecnológico, universitario o posgrado; pase a 14.</small></p>	<p>12. ¿En qué jornada estudia ...?</p> <p>Mañana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Tarde <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Noche <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Única o completa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Fin de semana <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>13. Durante este año escolar, ¿... ha tenido gastos por:</p> <p>1. Matrícula? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2. Pensión? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3. Otros conceptos por derechos académicos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>14. ¿Qué medio de transporte utiliza principalmente ... para ir a la institución a la que asiste?</p> <p>Vehículo particular <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Transporte escolar (ruta escolar) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Transporte público <input type="checkbox"/> 3</p> <p>A pie <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Bicicleta <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>15. ¿Cuántos minutos gasta para ir a la institución a la que asiste?</p> <p>Minutos</p>	<p>16. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, refrigerios, almuerzos) en forma gratuita o por un pago simbólico?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a 17</small></p> <p>C.R. a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$) b. Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)</p>
--	--	---	---	---	---

01			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
02			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
03			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
04			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
05			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
06			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
07			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
08			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
09			1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				

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

<p>16A. ¿Cuáles alimentos recibe:</p> <p>1. Almuerzo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2. Refrigerio o desayuno? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="margin-left: 40px;">↓</p> <p>¿Cuántos recibe regularmente en la jornada escolar?</p>	<p>17. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 19</p> <p style="margin-left: 20px;">Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimensual <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>18. ¿De quién recibió la beca para estudiar?</p> <p>De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Icetex <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>19. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 21</p> <p style="margin-left: 20px;">Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimensual <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>20. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?</p> <p>De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Icetex <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>21. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... ha recibido crédito educativo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> <p style="font-size: 0.8em;">Si es menor de 18 años, pase a pregunta 23; de lo contrario, termine capítulo.</p> </div> <p style="margin-left: 20px;">Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimensual <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>				
¿Cuántos?	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia

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

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

<p>22. ¿Quién le concedió el crédito educativo?</p> <p>Icetex <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fondo Nacional del Ahorro <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Banco o corporación <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Establecimiento educativo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Fundación (ONG) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra entidad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Si es menor de 18 años, continúe. De lo contrario, termine capítulo.</p>	<p>23. ¿Con quién permanece... después de asistir al establecimiento educativo o durante la mayor parte del tiempo entre semana?</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.</p> <p>Una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1 <small>Número de orden</small> → <small>Si asiste pase a 26, si no termine el capítulo</small></p> <p>Una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Una institución <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Permanece solo <input type="checkbox"/> 4 → <small>Si asiste pase a 26, si no termine el capítulo</small></p>	<p>24. ¿Cuántos años tiene esta persona?</p>	<p>25. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?</p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 10</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Si no asiste, termine el capítulo</p>	<p>26. Cuáles de las siguientes actividades realiza ... fuera de la jornada escolar:</p> <p>1. Participa en cursos, talleres o grupos artísticos (música, teatro, danza, pintura, etc.) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>2. Participa en cursos, talleres o grupos de ciencia y tecnología (computación, botánica, robótica, etc.) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>3. Asiste a cursos, prácticas o escuelas deportivas (fútbol, gimnasia, natación, tenis, atletismo, etc.) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>4. Participa en grupos de estudio <input type="checkbox"/> 1</p> <p>5. Sale al parque <input type="checkbox"/> 1</p> <p>6. Lee libros <input type="checkbox"/> 1</p> <p>7. Juega <input type="checkbox"/> 1</p> <p>8. Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 2</p>				
C. R.	Otra entidad, ¿cuál?	C.R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años		

01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			

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

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

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 <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 45</p>	<p>8. Durante los últimos 12 MESES, ¿... trabajó por lo menos 2 semanas consecutivas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11</p> <p>No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 Pase a 42</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 45</p>	<p>12. ¿Qué hace... en este trabajo?</p>
---	--	---	---	--	---

Código

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

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

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

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

31. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:

Después de diligenciar pase a la pregunta 34

1. ¿Prima de servicios?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

2. ¿Prima de navidad?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

3. ¿Prima de vacaciones?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

4. ¿Bonificaciones?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

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

01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														

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

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

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

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

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

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

<p>42. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo?</p>	<p>43. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?</p> <p>Por primera vez <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Trabajó antes <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>44. ¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?</p>	<p>45. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de trabajo?</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Si en pregunta 43 respondió 1, no haga esta pregunta.</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>46. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más.</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <small>pase a H47A</small></p> <p>Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 <small>pase a H48</small></p>	<p>47. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente:</p> <p>Fondo privado? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Colpensiones? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Magisterio, etc.?) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Fondo subsidiado (Programa de Subsidio al Aporte en Pensión, Colombia Mayor, Prosperar)? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>47A. ¿Está vinculado al programa de beneficios económicos periódicos (BEPS)?</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Formule esta pregunta solo para personas de 18 años y más.</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No conoce el programa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>
Número de semanas		Código	C. R.	Valor (\$)		

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

48. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?		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	Sí	1
No	2	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	No sabe, no informa	9
								El dinero provino de:					
								Fuera del país			1		
								Dentro del país			2		
								Ambas partes			3		
C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	¿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 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

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

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

		1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales?	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 1	Sí 1	Sí 1	Sí 1	Sí 1	
		No 2	No 2	No 2	No 2	No 2	
C. R.	Valor (\$)	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?	C. R.	¿Cuántas horas a la semana?

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

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

Si en preguntas 1a, 1b y 1c responde opción 5, pase a 3.

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

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

<p>3. ¿Con qué frecuencia utiliza... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?</p> <p>Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No utiliza internet <input type="checkbox"/> 5 <i>Pase a 7</i></p>	<p>4. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet:</p> <p>Computador de escritorio? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Computador portátil? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Tableta? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Teléfono celular? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Televisor inteligente? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>5. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet:</p> <p>En el hogar? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En el trabajo? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En la institución educativa? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>En centros de acceso público gratis? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En centros de acceso público con costo (café internet)? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>En la vivienda de otra persona (pariente, amigo, vecino)? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En desplazamiento de un sitio a otro? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro sitio? <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>6. ¿Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza... internet:</p> <p>1. Obtener información? [Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje] <input type="checkbox"/> 1</p> <p>2. Enviar o recibir correos electrónicos? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>3. Redes sociales? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>4. Comprar/ordenar productos o servicios? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>5. Banca electrónica y otros servicios financieros? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>6. Educación y aprendizaje? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>7. Trámites con entidades del gobierno (nacional, departamental o municipal)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>8. Descargar software, imágenes, juegos, música o jugar en línea? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>9. Consulta de medios de comunicación (periódicos, revistas, radio, televisión, medios digitales, etc.)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>10. Televisión, videos, películas u otro contenido audiovisual para entretenimiento? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>11. Buscar trabajo (inscribirse en una plataforma, aplicación o convocatoria de empleo)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>12. Servicios en la nube (guardar información, editar archivos, etc.)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>13. Vender productos o servicios? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>14. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Después de diligenciar esta pregunta, pase a 8</p>
--	---	--	---

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 _____

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? Es muy costoso <input type="checkbox"/> 1 No lo considera necesario <input type="checkbox"/> 2 No sabe usarlo <input type="checkbox"/> 3 No hay cobertura del servicio en la zona <input type="checkbox"/> 4 No le tienen permitido usar internet <input type="checkbox"/> 5 Por razones de seguridad o privacidad <input type="checkbox"/> 6 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7		8. ¿... tiene teléfono celular? Sí <input type="checkbox"/> 1 Sí No Teléfono celular convencional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Teléfono celular inteligente (smartphone) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 } Pase a 11 No <input type="checkbox"/> 2		9. A pesar de no tener teléfono celular, ¿... utiliza teléfono celular? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 13		10. ¿Por qué medio(s)... utiliza el teléfono celular? Un vendedor de minutos <input type="checkbox"/> 1 Prestado ocasionalmente por otra persona <input type="checkbox"/> 2		11. ¿Con qué frecuencia utiliza... teléfono celular? Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	
C. R.	Otra, ¿cuál?	C. R.	Celular convencional	Celular inteligente (smartphone)					

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

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

1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.	2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?		3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?	5. ¿...trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?	6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?
	<p>Esperemos 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>					
	C. R.	Otra actividad, ¿cuál?				→ Pase a 17

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: <small>Lea las alternativas</small> Obrero o empleado <input type="checkbox"/> 1 Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 2 Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 3 Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 4 Trabajador sin remuneración de empresas o negocios de otros hogares <input type="checkbox"/> 5 Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 6 <small>Pase a 14</small>	11. ¿Por ese trabajo... recibe remuneración u obtiene alguna ganancia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a 14</small>	12. ¿Cuánto recibió o ganó el mes pasado? <small>Valor mensual (\$)</small>
	<small>Código</small>		<small>Código</small>		

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

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

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

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

1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales?	2. ¿Realizar oficios en su hogar?	3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones?	4. ¿Cuidar o atender niño(a)s?	5. ¿Cuidar personas enfermas, adultos mayores o personas con discapacidad?	6. ¿Elaborar prendas de vestir o tejidos para miembros del hogar?	7. ¿Asistir a cursos o eventos de capacitación?	8. ¿Trabajar en la autoconstrucción de vivienda?	9. ¿Realizar trabajos comunitarios o voluntarios en edificaciones u obras comunitarias o públicas?	10. ¿Participar en otras actividades cívicas, sociales, comunales o de trabajo voluntario?
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
C. R. ¿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?	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																			

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

1. ¿Quién contesta el capítulo?

Jefe(a) de hogar 1
 Cónyuge 2

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

Seguro(a) 1
 Inseguro(a) 2

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

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

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

Muy buenas 1
 Buenas 2
 Regulares 3
 Malas 4

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

Mejor 1
 Igual 2
 Peor 3

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

Mejor 1
 Igual 2
 Peor 3

7. ¿Usted se considera pobre?

Sí 1
 No 2

8. Los ingresos de su hogar:

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

9. ¿Durante los últimos 12 MESES, algún miembro de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal por concepto de:

¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?

1. Familias en Acción?
 Sí 1 2 →
 ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
 \$ _____
 No 2 3
 Número de orden

2. Programa para adultos mayores (Colombia Mayor)?
 Sí 1 2 →
 ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
 \$ _____
 No 2 3

3. Otro, ¿cuál?
 Sí 1 2 →
 ¿Cuáles? _____
 ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
 \$ _____

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

Sí 1
 No 2

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

Libras _____
 Gramos _____

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

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

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 24, 25 y 26 respondieron NO.

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

14. ¿El hogar tiene conexión a internet?

- Sí →
 Fijo Sí No

 Movil Sí No
 Pase a 17
- 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 10 o 11 respondieron Sí.

- 1. Señal abierta →
 a. Análoga Sí No

 b. 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. Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones:

	Usted	Su pareja	Usted y su pareja	Otro miembro del hogar	Usted y otro miembro del hogar	Ninguna de las anteriores
1. El cuidado de la salud de los miembros del hogar?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
2. Hacer compras grandes del hogar?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
3. Hacer compras para necesidades diarias del hogar?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
4. Viajar o visitar a la familia, amigos o parientes?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>
5. En la comida que se debe cocinar cada día?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>

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

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

M. USO DE ENERGÉTICOS DEL HOGAR (Para el jefe del hogar o su cónyuge)

1. ¿Su lavadora tiene carga frontal o superior?

Solo para hogares que en L12 opción 1, respondieron SI

Frontal 1

Superior 2

2. En promedio, ¿cuántas cargas de ropa lava en su lavadora a la semana?

Una carga o menos 1

2 a 4 cargas 2

5 a 9 cargas 3

10 a 15 cargas 4

Más de 15 cargas 5

3. En promedio, ¿cuántas cargas de ropa seca en su secadora a la semana?

Solo para hogares que en L12 opción 2, respondieron SI

Una carga o menos 1

2 a 4 cargas 2

5 a 9 cargas 3

10 a 15 cargas 4

Más de 15 cargas 5

4. ¿Cómo describe el tamaño de su nevera o refrigerador?

Solo para hogares que en L12 opción 3, respondieron SI

Pequeña (menor o igual a 1.7 metros de altura) 1

Mediana (mayor a 1.7 metros de altura) 2

Grande (mayor a 1.7 metros de altura y con 2 puertas laterales o 2 puertas y gavetas) 3

5. ¿Qué tan antigua es su nevera o refrigerador?

Años _____

6. ¿Qué tipo de calentador de agua tiene?

Calentador eléctrico tipo tanque 1

Calentador eléctrico tipo paso 2

Calentador de gas tipo tanque 3

Calentador de gas tipo paso 4

Ducha eléctrica 5

Calentador solar 6

7. En total en su hogar, ¿cuántas horas al día permanece encendido el (los) televisor(es) convencional (es)?

Solo para hogares que en L12 opción 10, respondieron SI

1. Lunes a viernes: Horas _____

2. Fin de semana: Horas _____

8. En total en su hogar, ¿cuántas horas al día permanece encendido el (los) televisor(es) LCD, plasma o LED?

Solo para hogares que en L12 opción 11, respondieron SI

1. Lunes a viernes: Horas _____

2. Fin de semana: Horas _____

9. ¿Qué tipo de aire acondicionado usa principalmente en su hogar?

Solo para hogares que en L12 opción 14, respondieron SI

Mini-split 1

Tipo pared/ventana 2

Tipo central 3

10. En total, ¿cuánto tiempo al día usa su aire acondicionado?

Horas _____

11. ¿Qué tipo de ventilador(es) o abanico(s) hay en su hogar?

Solo para hogares que en L12 opción 15, respondieron SI

1. Techo 1

2. Pared 1

3. Mesa 1

4. Pie o pedestal 1

12. En total, ¿cuánto tiempo al día usa su ventilador(es) o abanico(s)?

Horas _____

13. En total, ¿cuánto tiempo al día usa su computador de escritorio?

Solo para hogares que en L12 opción 24, respondieron SI

Horas _____

14. ¿Qué tan antiguo es su computador de escritorio?

Si es menos de un año escriba 00, si no sabe escriba 99

Años _____

15. ¿Cuántos portátiles usa y recarga en su hogar?

Solo para hogares que en L12 opción 25, respondieron SI

16. ¿Cuántas veces al mes plancha ropa en el hogar?

Solo para hogares que en L12 opción 9, respondieron SI

17. ¿En promedio cuánto tiempo usa su plancha cada vez?

Minutos _____

M. USO DE ENERGÉTICOS DEL HOGAR (Para el jefe del hogar o su cónyuge)

18. ¿Cuántas bombillas tiene:

Solo para hogares que en pregunta C3A = 1

- 1. Incandescentes (convencionales)? _____
- 2. Fluorescente compacta (en espiral, otros)? _____
- 3. LED? _____
- 4. Incandescente halógena? _____
- 5. Tubo fluorescente lineal (balastro)? _____

19. Usted o algún miembro del hogar: ¿tiene conocimiento de las etiquetas de eficiencia energética en los electrodomésticos y gasodomésticos?

Sí 1

No 2

20. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por la electricidad consumida?

Solo para hogares que en pregunta B5 opción 1 = 1

\$ _____ ¿a cuántos meses
corresponde ese pago?

21. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por el servicio de Gas natural?

Solo para hogares que en pregunta C4 = 1

\$ _____ ¿a cuántos meses
corresponde ese pago?

22. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO en combustible para cocinar?

Solo para hogares que en pregunta C19 ó C20 = 3 a 8

\$ _____

Observaciones:

Observaciones:

Observaciones:



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



@DANE_Colombia

Diseño, diagramación e impresión
Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística
2019