



# ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA 2020



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

**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"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Día de la semana	<input type="text"/> <input type="checkbox"/>			
Hora de inicio (hora-minutos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>
Hora de terminación (hora-minutos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> <input type="text"/> p. m. <input type="text"/> <input type="text"/>
Resultado*				

### 2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor/a

Nombre:

Observaciones:

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

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

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

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

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

**1. La vía de acceso a la edificación es:**

Diligencie por observación

- Sendero o camino en tierra  } Cabecera: pase a 3  
 Centros poblados y rural disperso: pase a 4
- Peatonal construida
- Vehicular destapada
- Vehicular pavimentada

**2. ¿Cuál es el estado de la vía?**

Diligencie por observación

- Bueno
- Regular
- Malo

**3. ¿La edificación donde está ubicada la vivienda tiene andén?**

Solo para cabeceras

Diligencie por observación

- Sí
- No

**4. Tipo de vivienda**

- Casa
- Apartamento
- Cuarto(s)
- Vivienda tradicional indígena
- Otro (carpa, contenedor, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, etc.)

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Material predominante de las paredes exteriores**

- Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida
- Tapia pisada, adobe
- Bahareque revocado
- Bahareque sin revocar
- Madera burda, tabla, tablón
- Material prefabricado
- Guadua
- Caña, esterilla, otro vegetal
- Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico
- Sin paredes

**6. Material predominante de los pisos**

- Alfombra o tapete de pared a pared
- Madera pulida y lacada, parquet
- Mármol
- Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, laminado
- Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal
- Cemento, gravilla
- Tierra, arena o barro

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

- Plancha de concreto, cemento u hormigón
- Tejas de barro
- Teja de asbesto-cemento
- Teja metálica o lámina de zinc
- Teja plástica
- Paja, palma u otros vegetales
- Material de desecho (tela, cartón, latas, plástico, otros)

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

- Estrato para tarifa
1. Energía eléctrica Sí  →  No
2. Acueducto Sí  →  No
3. Alcantarillado Sí  →  No
- Veces por semana
4. Recolección de basuras Sí  →  No

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

- |   | Sí                             | No                             |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Inundaciones, desbordamientos, crecientes, arroyos | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 2. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos             | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 3. Hundimiento del terreno                            | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 4. Ventarrones, tormentas, vendavales, granizada      | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 5. Sismo o temblor                                    | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |

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

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



### 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?**

 

**2A. ¿Cuántos de esos cuartos cuentan con ventana?**

 

**3. ¿Pagan en este hogar por la electricidad que consumen?**

- Sí
- Sí, con el arriendo
- No pagan, pero tienen el servicio    → pase a 5
- No tienen el servicio

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

\$ \_\_\_\_\_ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? \_\_\_\_\_

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

- Sí
- No    pase a 8

**6. ¿Pagan en este hogar por el servicio de gas natural conectado a red pública?**

- Sí
- Sí, con el arriendo    → pase a 8
- No pagan

**7. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por el servicio de gas natural?**

\$ \_\_\_\_\_ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? \_\_\_\_\_

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

Lea las alternativas

- Inodoro conectado a alcantarillado    Pase a 10
- Inodoro conectado a pozo séptico
- Inodoro sin conexión
- Letrina
- Inodoro con descarga directa a fuentes de agua (bajamar)    Pase a 10
- No tiene servicio sanitario    Pase a 13

**9. ¿Quién realiza generalmente el mantenimiento o vaciado del servicio sanitario?**

- Los miembros del hogar
- Contratan un servicio especializado
- Otra persona o entidad
- No se realiza mantenimiento

**10. El servicio sanitario está ubicado:**

- Dentro de la vivienda
- Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno

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

 

**12. El servicio sanitario del hogar es:**

- De uso exclusivo de las personas del hogar
- Compartido con personas de otros hogares

**13. ¿Pagan en este hogar por servicio de alcantarillado?**

- Sí
- Sí, con el arriendo
- No pagan, pero tienen el servicio    → pase a 15
- No tienen el servicio

**14. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por servicio de alcantarillado?**

\$ \_\_\_\_\_ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? \_\_\_\_\_

**15. El hogar cuenta con:**

1. Lavamanos
2. Lavadero
3. Lavaplatos
4. Ninguno de los anteriores

**16. Para la limpieza de las manos, los miembros de este hogar principalmente:**

- Se lavan con agua y jabón
- Se lavan con agua solamente
- Usan otro método para limpiarse (gel desinfectante o antibacterial, alcohol, toallas húmedas)
- No se limpian o lavan las manos

**17. ¿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.)
- pase a 20

**18. ¿Pagan en este hogar por servicio de recolección de basuras?**

- Sí
- Sí, con el arriendo
- No pagan    → pase a 20

**19. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por servicio de recolección de basuras?**

\$ \_\_\_\_\_ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? \_\_\_\_\_

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

**20. ¿En este hogar clasifican las basuras?**

Sí

Qué tipo de material clasifican:

- 1. Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos
- 2. Vidrio
- 3. Papel y cartón
- 4. Plástico
- 5. Pilas y baterías
- 6. Envases metálicos o de aluminio
- 7. Medicamentos

No

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

**22. ¿Pagan en este hogar por servicio de acueducto?**

- Sí
- Sí, con el arriendo
- No pagan, pero tienen el servicio   → pase a 24
- No tienen el servicio

**23. ¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por el servicio de acueducto?**

\$ \_\_\_\_\_ ¿A cuántos meses corresponde ese pago? \_\_\_\_\_

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

- Acueducto público
- Acueducto comunal o veredal
- Pozo con bomba   Pase a 26
- Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno   Pase a 26
- Agua lluvia   Pase a 27
- Río, quebrada, manantial o nacimiento   Pase a 27
- Pila pública   Pase a 26
- Carrotanque   Pase a 28
- Aguatero   Pase a 29
- Agua embotellada o en bolsa   Pase a 29

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

Sí   No

**26. ¿Considera que el agua disponible es suficiente?**

Sí   No

**27. ¿Dónde está ubicado el suministro (llave, grifo, tanque, pozo, etc.) de agua?**

- Dentro de la vivienda
- Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno   → pase a 29
- Fuera de la vivienda y del lote o terreno

**28. ¿Cuánto tiempo gasta caminando para llegar a ese lugar, recoger el agua y regresar a la vivienda?**

- 30 minutos o menos
- Más de 30 minutos
- No sabe

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**29. El agua para beber principalmente:**

- La usan tal como la obtienen
- La hierven
- Le echan cloro
- Utilizan filtros
- La decantan o usan filtros naturales
- Compran agua embotellada o en bolsa

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

- En un cuarto usado solo para cocinar
- En un cuarto usado también para dormir
- En una sala-comedor sin lavaplatos   → Pase a 31
- En una sala-comedor con lavaplatos
- En un patio, corredor, enramada, al aire libre
- En ninguna parte (no preparan alimentos)

**30A. ¿El hogar tiene cocina? (espacio exclusivo para preparar alimentos)**

Sí   No

**31. ¿Cuáles de los siguientes espacios de la vivienda cuentan con ventilación natural?**

- |  | Sí  | No  | No aplica   |
|--|---|---|---|
| Sala-comedor   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Cuartos para dormir  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |
| Baños  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Cocina (no formular si en pregunta 30 respondió opciones 2 a 5 o en pregunta 30A respondió No) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |

Si en pregunta 30 respondió opción 6, pase a 35



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

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

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

Para menores de 10 años, pase a 8.

**6. Actualmente...:**

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

→Pase a 8

**7. El /la cónyuge de... ¿vive en este hogar?**

- Sí  1
- No  2

**8. ¿Dónde nació...?**

- En este municipio  1
- En otro municipio  2

En otro país  3

Después de diligenciar esta opción, pase a pregunta 10

- |   |                                       |                                      |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 | España <input type="checkbox"/> 2     | Venezuela <input type="checkbox"/> 3 |
| Ecuador <input type="checkbox"/> 4        | Panamá <input type="checkbox"/> 5     | Perú <input type="checkbox"/> 6      |
| Costa Rica <input type="checkbox"/> 7     | Argentina <input type="checkbox"/> 8  | Francia <input type="checkbox"/> 9   |
| Italia <input type="checkbox"/> 10        | Otro país <input type="checkbox"/> 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><b>9. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 14</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>10. ¿Cuántos años continuos hace que vive... aquí en este municipio?</b></p> <div style="border: 1px solid gray; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">                 Si es menos de un año, escriba 00.             </div>	<p><b>11. Antes de venir a este municipio... vivía en:</b></p> <p>Otro país <input type="checkbox"/> 1 Pase a 14</p> <p>Otro municipio <input type="checkbox"/> 2</p> <div style="margin-top: 20px;"> </div>	<p><b>12. ... vivía en:</b></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
- Búsqueda de tranquilidad o mejor calidad de vida  11
- Otra, ¿cuál?  12

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

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

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

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

C. R. Otra, ¿cuál?

C. R. Número de orden

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

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

Sí  1 → Pase a 18

No  2

Fallecida  3

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

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

Algunos años de primaria  1

Toda la primaria  2

Algunos años de secundaria  3

Toda la secundaria  4

Uno o más años de técnica o tecnológica  5

Técnica o tecnológica completa  6

Uno o más años de universidad  7

Universitaria completa  8

Ninguno  9

No sabe  10

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

Indígena  1

Gitano/a (Rom)  2

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

Palenquero/a de San Basilio  4

Negro/a, mulato/a, afrodescendiente, afrocolombiano/a  5

Ninguno de los anteriores  6

Si tiene 15 años o más pase a 20, de lo contrario termine capítulo

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

Si tiene menos de 15 años termine capítulo

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)**

**20. ¿Usted se considera campesino/a?**

- Sí  1  Pase a 22  
 No  2   
 No informa  9  Pase a 22

**21. ¿Usted considera que alguna vez fue campesino/a?**

- Sí  1   
 No  2   
 No informa  9

**22. ¿Usted considera que la comunidad en que vive es campesina?**

- Sí  1   
 No  2   
 No informa  9

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 28 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"..

**23. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su vida actualmente?**

<input type="checkbox"/> 10	Totalmente satisfecho/a
<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 8	
<input type="checkbox"/> 7	
<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 0	Totalmente insatisfecho/a

**24. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su ingreso actualmente?**

<input type="checkbox"/> 10	Totalmente satisfecho/a
<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 8	
<input type="checkbox"/> 7	
<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 0	Totalmente insatisfecho/a
<input type="checkbox"/> 99	No recibe ingresos

**25. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su salud actualmente?**

<input type="checkbox"/> 10	Totalmente satisfecho/a
<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 8	
<input type="checkbox"/> 7	
<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 0	Totalmente insatisfecho/a

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

Las preguntas 23 a 28 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".

**26. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su nivel de seguridad actualmente?**

<input type="text" value="10"/>	Totalmente satisfecho/a
<input type="text" value="9"/>	
<input type="text" value="8"/>	
<input type="text" value="7"/>	
<input type="text" value="6"/>	
<input type="text" value="5"/>	
<input type="text" value="4"/>	
<input type="text" value="3"/>	
<input type="text" value="2"/>	
<input type="text" value="1"/>	
<input type="text" value="0"/>	Totalmente insatisfecho/a

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

<input type="text" value="10"/>	Totalmente satisfecho/a
<input type="text" value="9"/>	
<input type="text" value="8"/>	
<input type="text" value="7"/>	
<input type="text" value="6"/>	
<input type="text" value="5"/>	
<input type="text" value="4"/>	
<input type="text" value="3"/>	
<input type="text" value="2"/>	
<input type="text" value="1"/>	
<input type="text" value="0"/>	Totalmente insatisfecho/a

**28. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente \_\_\_\_\_ con su tiempo libre?**

<input type="text" value="10"/>	Totalmente satisfecho/a
<input type="text" value="9"/>	
<input type="text" value="8"/>	
<input type="text" value="7"/>	
<input type="text" value="6"/>	
<input type="text" value="5"/>	
<input type="text" value="4"/>	
<input type="text" value="3"/>	
<input type="text" value="2"/>	
<input type="text" value="1"/>	
<input type="text" value="0"/>	Totalmente insatisfecho/a

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

Las preguntas 29 a 31 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.

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

- 10 Todo el tiempo feliz
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Para nada feliz

**30. ¿Qué tan preocupado/a se sintió... el día de ayer?**

- 10 Todo el tiempo preocupado/a
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Para nada preocupado/a

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

- 10 Todo el tiempo triste
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Para nada triste

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

- 10 Valen totalmente la pena
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 No valen la pena

**33. ¿En cuál escalón diría usted que se encuentra parado/a en este momento?**

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

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

<p><b>1. ¿... está afiliado/a (cotizante o beneficiario/a) a alguna entidad de seguridad social en salud?</b> (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 9</p>	<p><b>2. ¿Por qué razón principal no está afiliado/a a una entidad de seguridad social en salud?</b> (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])</p> <p>Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Muchos trámites <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o descuido <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe que debe afiliarse <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No está vinculado/a laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario/a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Está en trámite de afiliación <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con el Sisben (no lo/a han visitado, afiliado/a en otro municipio, lo/a desvincularon, le asignaron puntaje alto) <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Después de responder la pregunta, pase a 9.</p> <p>C. R. <input style="width: 100%;" type="text"/> Otra razón, ¿cuál?</p>	<p><b>3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado/a?</b></p> <p>Contributivo (EPS) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Subsidiado (EPS-S) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 7</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 9</p>	<p><b>4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?</b></p> <p>... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Le descuentan de la pensión <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 6</p> <p>... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 7</p> <p>No paga, es beneficiario/a <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>5. ¿De quién es beneficiario/a...?</b></p> <p>De una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>De una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Después de responder la pregunta, pase a 7</p> <p>C. R. <input style="width: 100%;" type="text"/> Número de orden</p>
---	--	--	--	--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<p><b>6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto/a por una entidad de seguridad social en salud?</b></p> <p style="text-align: center;">Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99.</p> <p>Valor mensual pagado o descontado (\$)</p>	<p><b>7. En general, considera que la calidad del servicio de la EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual _____ está afiliado/a es:</b></p> <p>Muy buena <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>Buena <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> → Pase a 9</p> <p>Mala <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Muy mala <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="1"/> Pase a 9</p>	<p><b>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?</b></p> <p>Trámites excesivos o dispendiosos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura, dotación, mobiliario o accesibilidad para población en condición de discapacidad <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Demora en la asignación de citas <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Demora en la atención por parte del personal médico <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Problemas relacionados con los medicamentos <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>C. R. Otro, ¿cuál?</p>	<p><b>9. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros VOLUNTARIOS de salud tiene _____?</b></p> <p>1. Medicina prepagada <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> Sí No</p> <p>2. Plan complementario de salud con una EPS <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>3. Póliza de hospitalización o cirugía <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>4. Seguros médicos estudiantiles <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>5. Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/></p> <p>Si en todas las opciones responde NO, pase a 11</p>	<p><b>10. ¿Cuánto paga o le descuentan mensualmente a _____ por concepto de estos planes o seguros voluntarios de salud?</b></p> <p>Valor mensual (\$)</p>	<p><b>11. El estado de salud de... en general, es:</b></p> <p>Muy bueno <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Bueno <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Regular <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/></p> <p>Malo <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/></p>
--	---	--	--	--	---

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)**

**12. ¿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.).

Sí  1 ¿Recibe o recibió tratamiento formulado por el médico?

Sí  1 No  2

No  2

Le han diagnosticado enfermedades crónicas	Recibe tratamiento
--	--------------------

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.

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

	No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad
1. Oír la voz o los sonidos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Hablar o conversar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Ver de cerca, de lejos o alrededor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Agarrar o mover objetos con las manos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Si en todas responde opción 3 ó 4, pase a pregunta 17

**14. ¿Esta dificultad de... fue ocasionada:**

Para opciones con respuesta 1 ó 2 en pregunta 13

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

**15. ¿Para estas dificultades utiliza de manera permanente:**

	Sí	No
1. Gafas, lentes de contacto, lentes intraoculares, programa computacional adaptado, regleta Braille, perro guía, otros?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Bastón, silla de ruedas, muletas, caminador?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Audífonos medicados, implantes cocleares, otros?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Ayuda de otras personas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Medicamentos o terapias?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. Prácticas de medicina ancestral?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

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

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

**16. ¿Quién se ocupa principalmente del cuidado de...?**

- Una persona del hogar  1
- ¿Esta persona tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de...?  
Sí  1 No  2
- Una persona de otro hogar no remunerada  2
  - Hombre  1
  - Mujer  2
- Una persona de otro hogar remunerada  3
- Permanece solo/a  4
- No requiere cuidado  5

C. R.	¿Esta persona tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de...?	Sexo	Número de orden
-------	---	------	-----------------

**17. 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 34

**18. Por ese problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?**

Si es menor de un día anote 00

Número de días

**19. 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 26
- 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 25
- Usó remedios caseros  6
- Se autorrecetó  7
- Nada  8

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

- Sí  1
- No  2 Pase a 26

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

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

Sí  1 Pase a 23

No  2

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

El caso era leve  1

Esperó demasiado tiempo y no lo/la atendieron  2

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

No tenía identificación y por eso lo/la rechazaron  4

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

No le dieron información  6

No sabe/no responde  9

Después de diligenciar esta pregunta, pase a 34

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

Lo atendieron inmediatamente  1

En máximo 30 minutos  2

Entre 31 minutos y una hora  3

Más de una hora hasta dos horas  4

Más de dos horas  5

**24. En el servicio de urgencias... fue atendido/a por:**

Médico/a general  1 } Pase a 27

Odontólogo/a  2 }

Especialista  3 Pase a 28

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				





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

**34. Durante los últimos 30 días ....realizó pagos por:** (No incluya gastos reportados en hospitalización)

1. Consulta médica general o con especialista?				2. Consulta o tratamiento odontológico?				3. Vacunas		4. Fórmulas médicas o compra de medicamentos consumidos ocasional o regularmente		5. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico?		6. Rehabilitación o terapias médicas?		7. Terapias alternativas? (homeopatía, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)		8. Transporte para ir al sitio de atención médica y regresar?	
Sí <input type="checkbox"/> 1 A través de EPS <input type="checkbox"/> 1 Médico particular <input type="checkbox"/> 2 Plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 2				Sí <input type="checkbox"/> 1 A través de EPS <input type="checkbox"/> 1 Odontólogo particular <input type="checkbox"/> 2 Plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 2				Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
C. R.	1	2	3	C. R.	1	2	3	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$

01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			

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

**35. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES ¿Realizó pagos por:**

1. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, elementos para terapias, etc.)

Sí  1

No  2

2. Cirugías o procedimientos ambulatorios?

Sí  1

A través de EPS  1

Médico particular  2

Plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)  3

No  2

C. R.	Valor \$	C. R.	1	2	3
C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$	Valor \$	Valor \$

**36. ¿Actualmente ... fuma** (cigarrillo, tabaco, vapeador o cigarrillo electrónico)

Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más

**Frecuencia:**

1 Cigarrillo, tabaco?

Sí  1

No  2

Diariamente  1

Algunos días de la semana  2

Menos de una vez por semana  3

2 Vapeador o cigarrillo electrónico?

Sí  1

No  2

Cigarrillo o tabaco			
¿fuma actualmente?	Frecuencia	¿Cuántos cigarrillos al día?	vapeador o cigarrillo electrónico

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

Sí  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)  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

C. R.	Frecuencia de consumo
-------	-----------------------

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

Sí  1

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

C. R.	Frecuencia de consumo
-------	-----------------------

01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			

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

<p><b>39. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado/a?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>↓</p> <p>Si es mujer entre 10 y 49 años, pase a 44. Si es menor de 6 años, pase a 48. Si es hombre mayor de 5 años o si es mujer entre 6 y 9 años o mujer mayor de 49 años, termine capítulo.</p>	<p><b>40. ¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización?</b> (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4. Secretaría de salud o la alcaldía</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>5. Recursos propios o familiares</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Si estuvo hospitalizado/a más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Si respondió "No" a todas las fuentes, pase a 42</p>		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	<p><b>41. ¿Cuánto pagó en total ____ por esta hospitalización?</b></p> <p>A través de EPS <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Servicio particular o plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="checkbox"/> 2</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>	<p><b>42. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:</b></p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p>	<p><b>43. Por este problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?</b></p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Si estuvo hospitalizado/a más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días</p> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Número de días</p>
	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																				

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				
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				
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				

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

<p><b>44. ¿... está embarazada actualmente o ha tenido hijos/as?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <span style="margin-left: 20px;">Termine capítulo</span></p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-top: 10px;">Solo para mujeres de 10 a 49 años.</p>	<p><b>45. Si está embarazada actualmente, ¿asiste a control prenatal?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No está embarazada <input type="checkbox"/> 3 <span style="margin-left: 10px;">Pase a 47</span></p>	<p><b>46. ¿Durante este embarazo le han formulado suplementos vitamínicos (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio, etc.)?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>47. ¿A qué edad tuvo su primer hijo/a?</b></p> <p>Edad <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No ha tenido hijos/as <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>C. R.</p> <p>Edad</p>	<p><b>48. ¿... tiene el esquema completo de vacunación, según su edad?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-top: 10px;">Las preguntas 48 a 50 son solo para personas menores de 6 años.</p>	<p><b>49. ¿Llevar a... a control de crecimiento y desarrollo?</b></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 style="text-align: right; margin-top: 10px;">Termine capítulo</p>	<p><b>50. ¿Cuál fue la principal razón para no llevar a... a un control de crecimiento y desarrollo?</b></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>Cambió de EPS o de municipio <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11</p>
--	--	--	---	--------------------------	--	---	---

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

<p><b>1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?</b></p> <p>Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio <input type="checkbox"/> 1 <small>Pase a 4</small></p> <p>Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con empleado/a o niñero/a en la casa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Al cuidado de un/a pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Al cuidado de un/a pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En casa solo <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <small>→Pase a 3</small></p>	<p><b>2. ¿La persona con quien permanece... ha recibido algún tipo de formación, orientación o acompañamiento para la crianza?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><b>3. ¿Cuál es la razón principal por la que... no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio?</b></p> <p>No hay una institución cercana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Es muy costoso <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No encontró cupo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Prefiere que no asista todavía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Tiene un/a familiar en la casa que lo/la cuida <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Considera que no está en edad de asistir o es recién nacido/a <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Después de diligenciar, pase a 13.</p>	<p><b>4. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste?</b></p> <p>Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Centro de desarrollo infantil público <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Jardín o colegio oficial <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Jardín o colegio privado <input type="checkbox"/> 5</p>	<p><b>5. Durante este año escolar ¿pagó matrícula para _____?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
C. R.   Otro, ¿cuál?		C. R.   Otra, ¿cuál?		C.R.   Valor \$

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

Durante este AÑO ESCOLAR, el hogar:				El hogar paga:				12. ¿El mes pasado se hicieron pagos para _____ por algún otro concepto en ese establecimiento?					
6. ¿Pagó uniformes para _____?		7. ¿Pagó en el establecimiento educativo libros, útiles escolares o elementos de aseo para _____?		8. ¿Compró libros y útiles escolares por fuera del establecimiento para _____?		9. ¿Pensión o cuota de participación para _____?		10. ¿Transporte para _____?		11. ¿Al establecimiento alimentación para _____?			
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	
C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor \$
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													

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

<p><b>13. ¿Recibe o toma ____ desayuno o almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 15</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Tenga presente que:</b></p> <p>1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al desayuno o almuerzo.</p> <p>2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.</p> </div>	<p><b>14. ¿ ____ paga por esta alimentación?</b></p> <p>Sí, completamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Si, por un pago simbólico <input type="checkbox"/> 2</p> <p>a. ¿Valor que paga DIARIO?</p> <p>b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?</p> <p>No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste <input type="checkbox"/> 3</p> <p>a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?</p> <p>No paga, la recibe o la lleva del hogar <input type="checkbox"/> 4</p>	<p><b>15. ¿Recibe o toma ____ refrigerio en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 17</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Tenga presente que:</b></p> <p>1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al refrigerio.</p> <p>2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.</p> </div>	<p><b>16. ¿ ____ paga por esta alimentación?</b></p> <p>Sí, completamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Si, por un pago simbólico <input type="checkbox"/> 2</p> <p>a. ¿Valor que paga DIARIO?</p> <p>b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?</p> <p>No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste <input type="checkbox"/> 3</p> <p>a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?</p> <p>No paga, la recibe o la lleva del hogar <input type="checkbox"/> 4</p>																
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C. R.</td> <td style="text-align: center;">a. Valor (\$)</td> <td style="text-align: center;">b. Valor (\$)</td> <td style="text-align: center;">a. Valor (\$)</td> </tr> </table>		2		3	C. R.	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C. R.</td> <td style="text-align: center;">a. Valor (\$)</td> <td style="text-align: center;">b. Valor (\$)</td> <td style="text-align: center;">a. Valor (\$)</td> </tr> </table>		2		3	C. R.	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)
	2		3																
C. R.	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)																
	2		3																
C. R.	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 (conclusión)

**17. ¿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/a, no formule esta pregunta y termine capítulo

Una persona de este hogar  Número de orden → Pase a 20

Una persona de otro hogar

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

**19. ¿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

**20. ¿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

**21. ¿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"/>

Termine capítulo

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

<b>1. ¿Sabe leer y escribir?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1  No <input type="checkbox"/> 2	<b>2. ¿... actualmente estudia?</b> (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)  Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6  No <input type="checkbox"/> 2  Si es menor de 35 años, continúe. Si tiene 35 años o más, pase a 4.	<b>3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie?</b> Espera respuesta <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Considera que no está en edad escolar</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Considera que ya terminó</li> <li><input type="checkbox"/> 3 Falta de dinero o costos educativos elevados</li> <li><input type="checkbox"/> 4 Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños/as y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> 5 Por embarazo</li> <li><input type="checkbox"/> 6 Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia</li> <li><input type="checkbox"/> 7 Falta de cupo</li> <li><input type="checkbox"/> 8 No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano</li> <li><input type="checkbox"/> 9 Necesita trabajar</li> <li><input type="checkbox"/> 10 No le gusta o no le interesa el estudio</li> <li><input type="checkbox"/> 11 Por enfermedad</li> <li><input type="checkbox"/> 12 Necesita educación especial</li> <li><input type="checkbox"/> 13 Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual</li> <li><input type="checkbox"/> 14 Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante</li> <li><input type="checkbox"/> 15 Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)</li> <li><input type="checkbox"/> 16 Se retiró a raíz de la pandemia del coronavirus</li> <li><input type="checkbox"/> 17 Otra razón, ¿cuál?</li> </ul>	<b>4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?</b>  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 <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-top: 10px; font-size: small;">                     Si es menor de 18 años, pase a pregunta 22; de lo contrario, termine capítulo.                 </div>	
C. R.		Otra razón, ¿cuál?	Nivel	Grado o año aprobado:
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				



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

<p><b>9. Este establecimiento está ubicado en:</b></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><b>Si G6 = 5, 6, 7 u 8, el nivel educativo es técnico, tecnológico, universitario o postgrado; pase a 11.</b></p>	<p><b>10. ¿En qué jornada estudia ...?</b></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><b>11. ¿Normalmente en qué modalidad estudia ____?</b></p> <p>Presencial <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Semipresencial <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Virtual o en línea <input type="checkbox"/> 3 <small>pase a 15</small></p>	<p><b>12. ¿Qué medio de transporte utiliza principalmente ... para ir a la institución a la que asiste?</b></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>Caballo, mula <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 8</p>	<p><b>13. ¿Cuántos minutos gasta para ir a la institución a la que asiste?</b></p> <p>Minutos</p>	<p><b>14. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, refrigerios, almuerzos) en forma gratuita o por un pago simbólico?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C.R. <input type="checkbox"/></p> <p>a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$)</p> <p>b. Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)</p>
---	--	---	---	---	---

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							







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

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

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

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

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<p><b>23. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió alimentos como parte de pago por su trabajo?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>		<p><b>24. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>		<p><b>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.)?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>		<p><b>26. ¿Normalmente... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>		<p><b>27. El MES PASADO, ¿... recibió subsidio de alimentación en dinero?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>		<p><b>28. El MES PASADO, ¿... recibió auxilio de transporte en dinero?</b></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>	
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

1  
2  
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

1  
2  
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

1  
2  
9

2. ¿Prima de navidad?

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

1  
2  
9

3. ¿Prima de vacaciones?

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

1  
2  
9

4. ¿Bonificaciones?

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

1  
2  
9

5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?

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

1  
2  
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><b>32. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO ?</b></p> <p style="text-align: center;">Si no obtuvo ganancias, escriba 00.</p>	<p><b>33. ¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?</b></p> <p style="text-align: center;">Solo para centros poblados y área rural dispersa</p>	<p><b>34. ¿Cuántas personas, incluido/a usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?</b></p> <p style="text-align: center;">Espere 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><b>35. Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?</b></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><b>36. El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:</b></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><b>37. ¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo?</b> (incluya tiempo de espera del medio de transporte)</p> <p style="text-align: center;">Minutos</p>
Honorarios o ganancia neta en el MES PASADO (\$)	Ganancia neta en los ULTIMOS 12 MESES (\$)				

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					







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

<p><b>48. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?</b></p> <p>Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p>No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span></p> <p>No sabe, no informa <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span></p>	<p><b>49. El mes pasado _____, ¿recibió algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos/as menores de 18 años?</b> (incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes)</p> <p>Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p>No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span></p> <p>No sabe, no informa <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span></p>	<p><b>50. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?</b></p> <p>Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p>No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span></p> <p>No sabe, no informa <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span></p>	<p><b>51. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?</b></p> <p>Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p>No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span></p> <p>No sabe, no informa <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span></p>	<p><b>52. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió algún ingreso por concepto de ayudas en dinero proveniente de otros hogares o instituciones?</b> (padres, hijos/as, familiares, amigos/as)</p> <p>Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p>No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span></p> <p>No sabe, no informa <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span></p> <p style="margin-left: 20px;">El dinero provino de:</p> <p style="margin-left: 40px;">Fuera del país <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p style="margin-left: 40px;">Dentro del país <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span></p> <p style="margin-left: 40px;">Ambas partes <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</span></p>	<p><b>53. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por venta de propiedades?</b> (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)</p> <p>Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p>No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span></p> <p>No sabe, no informa <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span></p>					
C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	¿De dónde 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 niños/as?	5. ¿Cuidar personas enfermas, adultos mayores o personas con discapacidad?
Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	Sí <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>
No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>	No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>	No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>	No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>	No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>	No <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>
No sabe, no informa <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span>					
C. R.	C. R.	C. R.	C. R.	C. R.	C. R.
Valor (\$)	¿Cuántas horas a la semana?				

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									



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

<b>1A. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador de escritorio (en cualquier lugar)?</b>  Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4 No utiliza computador de escritorio <input type="checkbox"/> 5	<b>1B. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador portátil (en cualquier lugar)?</b>  Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4 No utiliza computador portátil <input type="checkbox"/> 5	<b>1C. ¿Con qué frecuencia utiliza... tableta (en cualquier lugar)?</b>  Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4 No utiliza tableta <input type="checkbox"/> 5  Si en preguntas 1a, 1b y 1c responde opción 5, pase a 3.	<b>2. ¿Cuáles de las siguientes actividades sabe hacer... en el computador de escritorio, portátil o tableta:</b>  Solo para personas que en preguntas 1a, 1b o 1c respondieron opciones 1 a 4. <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">Sí</th> <th style="width: 5%;">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> <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> <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> <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> <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> <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> <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> <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> <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> <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	<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	<input type="checkbox"/> 2	3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<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	<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	<input type="checkbox"/> 2	7. Transferir archivos entre computadores y otros dispositivos (USB, celular, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	8. Descargar o instalar programas computacionales (software)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	9. Utilizar un lenguaje de programación especializado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		Sí	No																																								
1. Copiar o mover un archivo o carpeta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<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	<input type="checkbox"/> 2																																								
3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																																								
4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<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	<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	<input type="checkbox"/> 2																																								
7. Transferir archivos entre computadores y otros dispositivos (USB, celular, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																																								
8. Descargar o instalar programas computacionales (software)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																																								
9. Utilizar un lenguaje de programación especializado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																																								

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

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

<b>3. ¿Con qué frecuencia utiliza... internet</b> (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?  Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1 Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2 Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3 Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4 No utiliza internet <input type="checkbox"/> 5 <small>Pase a 7</small>	<b>4. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet:</b>  Computador de escritorio? <input type="checkbox"/> 1 Computador portátil? <input type="checkbox"/> 2 Tableta? <input type="checkbox"/> 3 Teléfono celular? <input type="checkbox"/> 4 Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)? <input type="checkbox"/> 5 Televisor inteligente? <input type="checkbox"/> 6 Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipad)? <input type="checkbox"/> 7 Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8	<b>5. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet:</b>  En el hogar? <input type="checkbox"/> 1 En el trabajo? <input type="checkbox"/> 2 En la institución educativa? <input type="checkbox"/> 3 En centros de acceso público gratis? <input type="checkbox"/> 4 En centros de acceso público con costo (café internet)? <input type="checkbox"/> 5 En la vivienda de otra persona (pariente, amigo/a, vecino/a)? <input type="checkbox"/> 6 En desplazamiento de un sitio a otro? <input type="checkbox"/> 7 Otro sitio? <input type="checkbox"/> 8	<b>6. ¿Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza... internet:</b>  Obtener información? (Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje) <input type="checkbox"/> 1 Enviar o recibir correos electrónicos? <input type="checkbox"/> 2 Redes sociales? <input type="checkbox"/> 3 Comprar/ordenar productos o servicios? <input type="checkbox"/> 4 Banca electrónica y otros servicios financieros? <input type="checkbox"/> 5 Educación y aprendizaje? <input type="checkbox"/> 6 Trámites con entidades del gobierno (nacional, departamental o municipal)? <input type="checkbox"/> 7 Descargar software, imágenes, juegos, música o jugar en línea? <input type="checkbox"/> 8 Consulta de medios de comunicación (periódicos, revistas, radio, televisión, medios digitales, etc.)? <input type="checkbox"/> 9 Televisión, videos, películas u otro contenido audiovisual para entretenimiento? <input type="checkbox"/> 10 Buscar trabajo (inscribirse en una plataforma, aplicación o convocatoria de empleo)? <input type="checkbox"/> 11 Servicios en la nube (guardar información, editar archivos, etc.)? <input type="checkbox"/> 12 Vender productos o servicios? <input type="checkbox"/> 13 Trabajar? <input type="checkbox"/> 14 Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 15
<b>Después de diligenciar esta pregunta, pase a 8</b>			

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 <input type="checkbox"/> 15 _____
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 <input type="checkbox"/> 15 _____
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 <input type="checkbox"/> 15 _____
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 <input type="checkbox"/> 15 _____
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 <input type="checkbox"/> 15 _____
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 <input type="checkbox"/> 15 _____
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 <input type="checkbox"/> 15 _____
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 <input type="checkbox"/> 15 _____
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 <input type="checkbox"/> 15 _____

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

<b>7. ¿Cuál es la principal razón por la que... no utiliza internet?</b>  Es muy costoso [1] No lo considera necesario [2] No sabe usarlo [3] No hay cobertura del servicio en la zona [4] No le tienen permitido usar internet [5] Por razones de seguridad o privacidad [6] Otra, ¿cuál? [7]		<b>8. ¿... tiene teléfono celular?</b>  Sí [1] Sí No Teléfono celular convencional [1] [2] Teléfono celular inteligente (smartphone) [1] [2] No [2] → Pase a 10		<b>9. EL MES PASADO ¿... realizó pagos por el servicio de telefonía celular (postpago o prepago)?</b>  Sí [1] No [2]		<b>10. A pesar de no tener teléfono celular, ¿... utiliza teléfono celular?</b>  Sí [1] No [2] <small>Pase a 14</small>		<b>11. ¿Por qué medio(s)... utiliza el teléfono celular?</b>  Un vendedor de minutos [1] Prestado ocasionalmente por otra persona [2]		<b>12. ¿Con qué frecuencia utiliza... teléfono celular?</b>  Todos los días de la semana [1] Al menos una vez a la semana, pero no cada día [2] Al menos una vez al mes, pero no cada semana [3] Al menos una vez al año, pero no cada mes [4]	
C. R.	Otra, ¿cuál?	C. R.	Celular convencional	Celular inteligente (smartphone)	C.R.	Valor pagado \$					

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



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

1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.	2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?		3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?	5. ¿...trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?	6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?
	<p style="text-align: center;">Espere respuesta</p> Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 7 Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2 Estudiando <input type="checkbox"/> 3 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4 Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 17 Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6					
	C. R.	Otra actividad, ¿cuál?				

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

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

<p><b>13. Además de lo recibido en dinero, ¿el mes pasado... recibió alimentos, vivienda, transporte u otros ingresos en especie por este trabajo?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>		<p><b>14. Dónde realiza principalmente su trabajo:</b></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><b>15. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?</b></p>		<p><b>16. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?</b></p>	
C. R.	Valor mensual			Horas		Horas	

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						



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

### 1. La vivienda ocupada por este hogar es:

- Propia, totalmente pagada  1  → Pase a 3
- Propia, la están pagando  2
- En arriendo o subarriendo  3  → Pase a 13
- Con permiso del propietario/a, sin pago alguno (usufructuario/a)  4
- Posesión sin título (ocupante de hecho)  5  → Pase a 12
- Propiedad colectiva  6

### 2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ \_\_\_\_\_

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

### 3. ¿Cuál fue el año de compra de la vivienda o del lote o terreno?

Si el año es anterior a 2015, pase a 6

### 4. ¿Cuál fue el valor de la compra?

\$ \_\_\_\_\_

### 5. ¿Cuáles de las siguientes fuentes de financiamiento utilizaron para la compra o construcción de esta vivienda (incluida la compra del lote)?

1. Crédito bancario hipotecario  1
2. Crédito bancario no hipotecario  1
3. Crédito con el Fondo Nacional del Ahorro  1
4. Crédito con cooperativas o fondos de empleados  1
5. Crédito con fondos de vivienda o cajas de vivienda  1
6. Préstamos de amigos o familiares  1
7. Cesantías  1
8. Recursos propios o ahorros  1
9. Subsidios  1
10. Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_  1

### 6. ¿Algún miembro de este hogar tiene seguros de vivienda? (contra desastres naturales, incendio, robo, daño)?

- Sí  1
- No  2  Pase a 7

### 6A. ¿Cuánto pagan mensualmente por el(los) seguro(s)?

\$ \_\_\_\_\_

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

- Sí  1
- No  2  Pase a 9

### 8. La escritura está a nombre de:

- |   | Número de orden                                     |
|---|---|
| Solo una persona del hogar                    | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> |
| Nombre: _____                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| Dos o más personas del hogar                  | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas? _____                               |   |
| Nombre: _____                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| Nombre: _____                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| Nombre: _____                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| Nombre: _____                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| Personas del hogar con personas de otro hogar | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |

### 9. El año pasado ¿cuánto pagó por impuesto predial de esta vivienda?

\$ \_\_\_\_\_

¿A cuántos años corresponde el pago?

### 10. El año pasado ¿cuánto pagó por impuesto de valorización?

\$ \_\_\_\_\_

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

Valor \$ \_\_\_\_\_

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

Valor \$ \_\_\_\_\_ Pase a 15

### 13. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo?

Excluya el pago de administración o celaduría

Valor \$ \_\_\_\_\_

### 14. ¿Qué tipo de contrato de arriendo tiene?

- Verbal  1
- Escrito  2

### 15. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de administración o celaduría?

Valor \$ \_\_\_\_\_

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

- Sí  1
1. ¿En dinero? Sí  1  Valor \$ \_\_\_\_\_  
No  2
2. ¿En especie? Sí  1  Valor estimado \$ \_\_\_\_\_  
No  2
- No  2

## 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  
 Número de orden  1
2. Programa para adultos mayores (Colombia Mayor)?  
 Sí  1 \_\_\_\_\_ →  2  
 ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?  
 \$ \_\_\_\_\_  
 No  2
3. Ayudas monetarias por la pandemia del coronavirus (ingreso solidario; pago adicional como beneficiarios de Familias en Acción, Adulto mayor o Jóvenes en Acción; servicios públicos)?  
 Sí  1 \_\_\_\_\_ →  2  
 ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?  
 \$ \_\_\_\_\_  
 No  2
4. Otro, ¿cuál?  
 Sí  1 \_\_\_\_\_ →  2  
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?  
 \$ \_\_\_\_\_  
 No  2

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

Libras \_\_\_\_\_  
 Gramos \_\_\_\_\_

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

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

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



## M. GASTOS DE LOS HOGARES

### GASTOS SEMANALES

1. ¿Cuáles de los siguientes alimentos compró el hogar durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS?		Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2 → pase a 3	2. ¿Cuál fue el valor total pagado en los ÚLTIMOS 7 DÍAS?	3. Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿en este hogar accedieron o adquirieron _____ sin tener que comprarlo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Pase a siguiente renglón	4. ¿De dónde lo obtuvieron? 1. Finca, huerta o negocio del hogar, mar, río 2. Pago en especie 3. Regalo 4. Intercambio o trueque	5. En cuánto estima el precio de _____ obtenido
Alimentos		Código respuesta		Valor pagado (\$)	Código respuesta	Código respuesta	Valor (\$)
1	Arroz						
2	Pastas, avenas, trigo, maíz y sus derivados (Incluye harina de trigo, de maíz y precocidas)						
3	Pan, harina para tortas, cereal para desayuno, arepas y otros productos de panadería y galletería (para consumir en la vivienda)						
4	Carne de res y derivados (carne res, carne molida, vísceras)						
5	Carne de cerdo (costilla, tocino, vísceras)						
6	Carne de aves (gallina, pollo, pavo, otras aves)						
7	Mortadela, jamón, salchichas, salchichón, chorizo y otras carnes frías preparadas						
8	Pescado de río o de mar, otros productos marinos frescos, congelados o enlatados (sardinas, atún, mariscos)						
9	Leche (pasterizada, larga vida, en polvo entera)						
10	Queso y derivados de la leche: crema de leche, yogurt, kumis, suero, mantequilla, avena líquida (para consumir en la vivienda)						
11	Huevos						
12	Aceites, manteca, margarina y otras grasas						
13	Frutas frescas, congeladas o en pulpa (aguacate, mango, maracuyá, banano, guayaba, limón, naranja, mora)						
14	Fríjol seco, arveja seca, lentejas, garbanzos y otros granos						
15	Plátano verde o maduro						
16	Papas, yuca, arracacha, ñame (incluye precocidos y harinas de yuca o plátano)						
17	Arveja verde, fríjol verde, habichuela, zanahoria, tomate, lechuga, pepino, cebolla, ajos y otras verduras						
18	Azúcar, otros endulzantes, bocadillo, mermeladas, miel, compotas, gelatina preparada						
19	Panela						
20	Dulces, caramelos, chocolatinas, helados y refrescos congelados, gelatinas, flanes y pudines en polvo						
21	Maní, mezclas con frutos secos, otra comida de paquete (papas fritas, chitos, maicitos, patacones)						
22	Enlatados, salsas, alimentos precocidos (pizza, lasaña, tamales), leche de fórmula para bebés						
23	Sal, condimentos, sopas y caldos para preparar						
24	Café, chocolate, té, aromáticas						
25	Agua embotellada o en bolsa; gaseosas; refrescos, jugos o té frío líquidos o en polvo, bebidas energizantes						
26	Gastos en uno o más de los anteriores alimentos para otros hogares						





## M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)

### GASTOS MENSUALES

13. Durante EL PASADO MES de ____ los miembros de este hogar adquirieron o realizaron pagos por algunos de los siguientes artículos o servicios:		Sí <input type="checkbox"/>	14. ¿Cuál fue el valor total pagado en ____ el PASADO MES?	15. Durante los EL PASADO MES ¿en este hogar accedieron o adquirieron ____ sin tener que comprarlo?	16. ¿De dónde lo obtuvieron?	17. En cuánto estima el precio de obtenido
Artículos o servicios		Código respuesta	Valor pagado (\$)	Código respuesta	Código respuesta	Valor (\$)
35	Bombillos, pilas, extensiones, multímetros, velas					
36	Jabones, detergentes, blanqueadores, desinfectantes, limpiadores para el hogar					
37	Elementos de aseo, ferretería y desechables (escobas, traperos, cepillos, puntillas, clavos, bolsas para basura, servilletas, platos desechables, encendedores)					
38	Alcohol, gel desinfectante					
39	Algodón, gasa, curitas, tapabocas, jeringas, bolsas de agua caliente					
40	Repuestos y accesorios para bicicleta o patineta sin motor para uso del hogar (rines, cadenas, sillines, candados)					
41	Reparación o mantenimiento de vehículo o moto de uso del hogar					
42	Combustible, aceite, aditivos, valvulinas, líquido para frenos, refrigerantes para vehículo o moto de uso del hogar					
43	Parqueadero, peajes y gastos relacionados con la propiedad del vehículo (matrículas, traspasos, multas, revisión tecnicomecánica)					
44	Transporte intermunicipal (incluye transporte por río o mar e interveredal)					
45	Transporte escolar de los integrantes del hogar que asisten a establecimiento educativo (desde preescolar en adelante)					
46	Productos y servicios para sostenimiento de mascotas y animales domésticos (alimentos, jabón, acuarios, jaulas, baño, servicios de veterinaria, entrenamiento)					
47	Servicios recreativos y prestados por escenarios deportivos (gimnasio, cursos de deportes, parques de diversiones y juegos mecánicos, organización de fiestas, servicio de billar)					
48	Entrada física o virtual a teatros, museos, conciertos y cines					
49	Servicio de telefonía fija (pago individual)					
50	Servicio de internet fijo (pago individual)					
51	Suscripción y servicio de televisión o acceso a otras plataformas de transmisión de video o música (pago individual)					
52	Combo o paquete con servicios de telefonía, internet fijo, televisión					
53	Libros en formato físico o electrónico (no incluye libros escolares); tarjetas, calendarios, afiches					
54	Periódicos y revistas (formato físico o electrónico)					
55	Útiles escolares (papel, lápices, cuadernos etc..) de los integrantes del hogar que asisten a establecimiento educativo (desde preescolar en adelante)					
56	Fotocopias, servicio de escáner, impresiones, trabajos en computador					

**M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)**

**GASTOS MENSUALES**

13. Durante EL PASADO MES de ____ los miembros de este hogar adquirieron o realizaron pagos por algunos de los siguientes artículos o servicios:		Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> →pase a 15	14. ¿Cuál fue el valor total pagado en ____ el PASADO MES?	15. Durante los EL PASADO MES ¿en este hogar accedieron o adquirieron ____ sin tener que comprarlo? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a siguiente renglón	16. ¿De dónde lo obtuvieron? 1. Negocio del hogar 2. Pago en especie 3. Regalo 4. Intercambio o trueque	17. En cuánto estima el precio de ____ obtenido
Artículos o servicios		Código respuesta	Valor pagado (\$)	Código respuesta	Código respuesta	Valor (\$)
57	Pensiones de preescolar y primaria					
58	Pensiones de educación secundaria y media					
59	Cursos de educación no formal (idiomas, sistemas, preuniversitarios, seminarios, diplomados, profesores particulares)					
60	Pago por alimentación en comedores o restaurantes de escuela, colegio, universidad (desayuno, almuerzo, refrigerio)					
61	Gastos en discotecas, bares, tabernas (incluye comida, bebida y entrada)					
62	Corte de pelo, manicure, depilación y otros servicios de cuidado personal					
63	Artículos de aseo personal y productos de belleza (máquinas de afeitar desechables, jabón, shampoo, tinte, desodorante, cremas, cosméticos, perfumes, cepillo de dientes, seda y crema dental; papel higiénico, toallas femeninas, pañales desechables)					
64	Lavado y planchado de ropa fuera del hogar					
65	Hogares geriátricos, niñeras, enfermeras					
66	Pago de cuota de tarjeta débito o crédito, cuota de manejo, servicio de giros					
67	Transferencias a otros hogares (ayudas a padres, hermanos, hijos, etc.) o pensión alimenticia					
68	Envío de paquetes o encomiendas por correo					
69	Gastos en uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares					

**Observaciones:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)**
**GASTOS ANUALES**

23. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES de ____ a ____ las personas de este hogar adquirieron o realizaron pagos por alguno de los siguientes artículos o servicios:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → pase a 25	24.Cuál fue el valor total pagado en los ÚLTIMOS 12 MESES?	25 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿en este hogar accedieron o adquirieron sin tener que comprarlo?	26. ¿De dónde lo obtuvieron?	27. En cuánto estima el precio de ____ obtenido
Artículos o servicios		Código respuesta		Valor pagado (\$)	Código respuesta	Código respuesta	Valor (\$)
78	Muebles para el hogar, colchones, espejos que se puedan mover, artículos de decoración y reproducciones de obras de arte (no originales)						
79	Cobijas, manteles, ropa de cama, cortinas, toallas y otros textiles para el hogar						
80	Nevera, estufa, lavadora, horno, otros electrodomésticos y gasodomésticos						
81	Ollas, vajillas, cubiertos, cristalería y otros utensilios de cocina						
82	Vehículo, moto, patineta o bicicleta con motor nuevos para uso del hogar						
83	Bicicleta sin motor nueva para uso del hogar, excepto las utilizadas por los niños						
84	Teléfono celular y accesorios (vidrios, protectores, cargadores) y teléfonos fijos						
85	Equipo de sonido, reproductor de video (DVD, blue ray), cámara digital, reproductor digital de música						
86	TV (convencional, plasma, LCD o LED)						
87	Computador (escritorio, portátil o tableta), dispositivo para lectura de libros, accesorios (monitor, impresora, escáner, tarjeta de memoria)						
88	Compra de programas de computador o software (Office, antivirus, especializados)						
89	Juegos y juguetes infantiles (incluye bicicletas para niños/as), artículos para fiestas (bombas, serpentinas), decoración de navidad (pesebres, árboles)						
90	Consolas para juegos electrónicos (Play station, Xbox, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.) y videojuegos en físico y por internet						
91	Aparatos eléctricos para cuidado personal y reparación (planchas para el pelo, máquinas de afeitar, cepillos eléctricos dentales)						
92	Anillos, relojes y otros artículos de joyería						
93	Libros, guías y textos escolares (formato físico o electrónico)						
94	Reparación de bienes durables (neveras, etc.) y computadores, tabletas, televisores, equipos de sonido, teléfonos celulares, etc.						
95	Gastos en pintura y vidrios para el hogar, servicio de pintura e instalación de vidrios (ventanas)						
96	Lista de útiles escolares y compra de textos de los integrantes del hogar que asisten a establecimiento educativo (desde preescolar en adelante)						
97	Matrículas de preescolar y primaria						
98	Matrículas de educación secundaria y media						

## M. GASTOS DE LOS HOGARES (conclusión)

### GASTOS ANUALES

23. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES de ____ a ____ las personas de este hogar adquirieron o realizaron pagos por alguno de los siguientes artículos o servicios:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> → pase a 25	24. Cuál fue el valor total pagado en los ÚLTIMOS 12 MESES?	25 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿en este hogar accedieron o adquirieron sin tener que comprarlo?	26. ¿De dónde lo obtuvieron?	27. En cuánto estima el precio de obtenido
Artículos o servicios		Código respuesta		Valor pagado (\$)	Código respuesta	Código respuesta	Valor (\$)
99	Inscripciones y matrículas en educación superior; incluye derechos de grado, uso de bibliotecas o laboratorios						
100	Uniformes escolares de los integrantes del hogar que asisten a establecimiento educativo (desde preescolar en adelante)						
101	Pasajes en avión						
102	Pago de hoteles, pensiones, posadas, moteles, centros de vacaciones, alojamientos estudiantiles, internados						
103	Excursiones o paquetes turísticos completos, con o sin pernoctar						
104	Pagos por certificados y documentos (cédula, registro de nacimiento, de defunción, visa, libreta militar); servicios civiles y religiosos (entierros, bautismos, matrimonios), y pago de honorarios (abogados, contadores)						
105	SOAT y seguros todo riesgo y similares que amparan el vehículo						
106	Impuesto de vehículo, impuesto a la renta y complementarios						
107	Compra de bienes raíces diferentes a la vivienda que ocupan						
108	Compra de animales y semovientes para cría y levante (reses, cerdos, cabras, aves)						
109	Gastos en uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares						

#### Observaciones:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---







@DANE\_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



@DANEColombia

Diseño, diagramación e impresión  
Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística  
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
2020

