

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

2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor/a ☐
Nombre:
Observaciones:

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

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

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

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

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"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Hundimiento del terreno | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Ventarrones, tormentas, vendavales, granizada | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Sismo o temblor | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

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"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Malos olores procedentes del exterior? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Presencia de basuras en las calles, caminos, senderos y espacios públicos? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Contaminación del aire? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Contaminación en ríos, canales, lagos y embalses? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Invasión del espacio público (calles o andenes)? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Presencia de animales que causan molestias? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8. Presencia de insectos, roedores, etc.? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

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

11 ¿Cuáles de los siguientes problemas de humedad en techos o paredes presenta la vivienda?

Sí No

1	
---	--

2	
---	--

1	
---	--

2	
---	--

1	
---	--

2	
---	--

1 2

12. ¿La vivienda presenta goteras en el techo?

Sí

1	
---	--

No

2	
---	--

13. ¿La vivienda presenta grietas en paredes?

Sí

1	
---	--

Grietas leves

1	
---	--

Grietas graves

1	
---	--

No

2	
---	--

14. ¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda y atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común?

Observaciones: _____

Observaciones: _____

Observaciones: _____

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
- No pagan → pase a 8

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.)

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) (Continuacion)

20. ¿En este hogar clasifican las basuras?

Sí ☐ ☐

Qué tipo de material clasifican:

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

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 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Sí, con el arriendo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| No pagan, pero tienen el servicio | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | → pase a 24 |
| No tienen el servicio | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

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 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Acueducto comunal o veredal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Pozo con bomba | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pase a 26 |
| Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pase a 26 |
| Agua lluvia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pase a 27 |
| Río, quebrada, manantial o nacimiento | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pase a 27 |
| Pila pública | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pase a 26 |
| Carrotanque | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pase a 28 |
| Aguatero | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pase a 29 |
| Agua embotellada o en bolsa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | → pase a 29 |
| Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Fuera de la vivienda y del lote o terreno | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

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

- | | |
|--------------------|---|
| 30 minutos o menos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Más de 30 minutos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| No sabe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Observaciones: _____

29. El agua para beber principalmente:

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

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

- | | | |
|--|---|-------------|
| En un cuarto usado solo para cocinar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | → Pase a 31 |
| En un cuarto usado también para dormir | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| En una sala-comedor sin lavaplatos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| En una sala-comedor con lavaplatos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| En un patio, corredor, enramada, al aire libre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| En ninguna parte (no preparan alimentos) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

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

Despues de diligenciar esta opción, pase a pregunta 10

Estados Unidos

1

España

2

Venezuela

3

Ecuador

4

Panamá

5

Perú

6

Costa Rica

7

Argentina

8

Francia

9

Italia

10

Otro país

11

C. R.

Número de orden

C. R.

Departamento

Municipio

Código

otro país

01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

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

<p>9. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Pase a 14</p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>10. ¿Cuántos años continuos hace que vive... aquí en este municipio?</p> <p>Si es menos de un año, escriba 00.</p>	<p>11. Antes de venir a este municipio... vivía en:</p> <p>Otro país <input type="checkbox"/> Pase a 14</p> <p>Otro municipio <input type="checkbox"/></p>		<p>12. ... vivía en:</p> <p>El centro urbano donde está la alcaldía <input type="checkbox"/></p> <p>Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/></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?		14. El padre de... ¿vive en este hogar?		15. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...?	
Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia 1		Sí 1 → Pase a 16		Algunos años de primaria 1	
Riesgo o consecuencia de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) 2		No 2		Toda la primaria 2	
Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia 3		Fallecido 3		Algunos años de secundaria 3	
Necesidad de educación 4				Toda la secundaria 4	
Porque se casó o formó pareja 5				Uno o más años de técnica o tecnológica 5	
Motivos de salud 6				Técnica o tecnológica completa 6	
Mejorar la vivienda o localización 7				Uno o más años de universidad 7	
Mejores oportunidades laborales o de negocio 8				Universitaria completa 8	
Acompañar a otro(s) miembro(s) del hogar 9				Ninguno 9	
Adquisición de vivienda 10				No sabe 10	
Búsqueda de tranquilidad o mejor calidad de vida 11					
Otra, ¿cuál? 12					
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)

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

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

Las preguntas 23 a 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"..

<div>23. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su vida actualmente?</div> <div><div><div>10</div><div></div></div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Totalmente satisfecho/a</div> <div>Totalmente insatisfecho/a</div>	<div>24. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su ingreso actualmente?</div> <div><div><div>10</div><div></div></div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Totalmente satisfecho/a</div> <div>Totalmente insatisfecho/a</div> <div>99 No recibe ingresos</div>	<div>25. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su salud actualmente?</div> <div><div><div>10</div><div></div></div><div>9</div><div>8</div><div>7</div><div>6</div><div>5</div><div>4</div><div>3</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div> <div>Totalmente satisfecho/a</div> <div>Totalmente insatisfecho/a</div>
---	---	--

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

10

Totalmente satisfecho/a

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Totalmente insatisfecho/a

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

10

Totalmente satisfecho/a

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Totalmente insatisfecho/a

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

10

Totalmente satisfecho/a

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Totalmente insatisfecho/a

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

Las 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)

1. ¿... está afiliado/a (cotizante o beneficiario/a) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])		2. ¿Por qué razón principal no está afiliado/a a una entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])		3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado/a?		4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?		5. ¿De quién es beneficiario/a...?	
<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>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>Después de responder la pregunta, pase a 9.</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>... 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"/></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>De una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>De una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Después de responder la pregunta, pase a 7</p>	
C. R.		Otra razón, ¿cuál?		C. R.		Número de orden			
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

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

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:

- Oír la voz o los sonidos?
- Hablar o conversar?
- Ver de cerca, de lejos o alrededor?
- Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?
- Agarrar o mover objetos con las manos?
- Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a?
- Comer, vestirse o bañarse por sí mismo/a?
- Relacionarse o interactuar con las demás personas?

No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<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? ☐ 1
- Por enfermedad? ☐ 2
- Por accidente laboral o enfermedad profesional? ☐ 3
- Por otro tipo de accidente? ☐ 4
- Por edad avanzada? ☐ 5
- Por el conflicto armado? ☐ 6
- Por violencia NO asociada al conflicto armado? ☐ 7
- Por otra causa? ☐ 8
- No sabe ☐ 9

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

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

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

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

C. R.	¿Esta persona tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de...?	Sexo	Número de orden
		Hombre <input type="text" value="1"/>	
		Mujer <input type="text" value="2"/>	

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

- Sí
- No 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
- Acudió de forma particular a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud Pase a 26
- Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista
- Consultó a un empírico, curandero, yerbatero, comadrona
- Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) Pase a 25
- Usó remedios caseros
- Se autorrecetó
- Nada

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

- Sí
- No Pase a 26

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

<p>21. ¿A _____ le brindaron asistencia médica en el servicio de urgencias para solucionar el problema de salud?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 23</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>22. ¿Cuál fue la razón principal por la que _____ no recibió atención médica en el servicio de urgencias?</p> <p>El caso era leve <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Esperó demasiado tiempo y no lo/la atendieron <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Indicaron que allí no lo/la podían atender porque no estaba afiliado/a a alguna entidad que tuviera contrato con ellos <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No tenía identificación y por eso lo/la rechazaron <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Indicaron que debían remitirlo/la a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo/la <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No le dieron información <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Después de diligenciar esta pregunta, pase a 34</p>	<p>23. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido/a por personal médico?</p> <p>Lo atendieron inmediatamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En máximo 30 minutos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Entre 31 minutos y una hora <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Más de una hora hasta dos horas <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Más de dos horas <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>24. En el servicio de urgencias... fue atendido/a por:</p> <p>Médico/a general <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Odontólogo/a <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Especialista <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Pase a 27</p> <p>Pase a 28</p>
---	--	---	---

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

<p>25. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no solicitó o no recibió atención médica?</p> <p>El caso era leve 1</p> <p>No tuvo tiempo 2</p> <p>El centro de atención queda lejos 3</p> <p>Falta de dinero 4</p> <p>Mal servicio o cita distanciada en el tiempo 5</p> <p>No lo/a atendieron 6</p> <p>No confía en los médicos 7</p> <p>Consultó antes y no le resolvieron el problema 8</p> <p>Muchos trámites para la cita 9</p> <p>No le cubrían o no le autorizaron la atención 10</p> <p>Le hacen esperar mucho para atenderlo/a 11</p> <p>Dificultad para viajar 12</p> <p>Otro 13</p> <p>Después de diligenciar, pase a pregunta 34.</p>	<p>26. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico/a general u odontólogo/a?</p> <p>Médico/a general 1</p> <p>Odontólogo/a 2</p> <p>Acudió directo al especialista 3 Pase a 28</p> <p>C. R. Número de días </p>	<p>27. ¿fue remitido/a a especialista?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	<p>28. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.) fue:</p> <p>Muy buena 1</p> <p>Buena 2</p> <p>Mala 3</p> <p>Muy mala 4</p> <p>Pase a 30</p>	<p>29. ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?</p> <p>Trámites excesivos o dispendiosos 1</p> <p>Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) 2</p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial 3</p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura, dotación, mobiliario o accesibilidad para población en condición de discapacidad 4</p> <p>Demora en la asignación de citas 5</p> <p>Demora en la atención por parte del personal médico 6</p> <p>Problemas relacionados con los medicamentos 7</p> <p>Otro, ¿cuál? 8</p> <p>C. R. Otro, ¿cuál? </p>	
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

30. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó... para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)	31. Por esta enfermedad, ¿a... le formularon medicamentos?	32. ¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a... por cuenta de la institución a la cual está afiliado/a?	33. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?
EPS o entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado/a <input type="checkbox"/> 1 Plan o seguro voluntario (Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="checkbox"/> 2 Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) <input type="checkbox"/> 3 Secretaría de salud o la alcaldía <input type="checkbox"/> 4 Recursos propios o familiares <input type="checkbox"/> 5 Recursos de otras personas <input type="checkbox"/> 6 No se requirió pago <input type="checkbox"/> 7	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 34	Sí, todos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 34 Sí, algunos <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3	No están incluidos en el plan de beneficios en salud o POS o no le autorizaron <input type="checkbox"/> 1 No había los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 2 No había la cantidad requerida <input type="checkbox"/> 3 Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica <input type="checkbox"/> 4 No hizo las gestiones para reclamarlos <input type="checkbox"/> 5 No tenía dinero <input type="checkbox"/> 6 Acudió a médico particular <input type="checkbox"/> 7 Otra, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8
			C. R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? _____

Observaciones:

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

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

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

1. Consulta médica general o con especialista?

Sí ☐ 1

A través de EPS ☐ 1

Médico particular ☐ 2

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

No ☐ 2

2. Consulta o tratamiento odontológico?

Sí ☐ 1

A través de EPS ☐ 1

Odontólogo particular ☐ 2

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

No ☐ 2

3. Vacunas

Sí ☐ 1

No ☐ 2

4. Fórmulas médicas o compra de medicamentos consumidos ocasional o regularmente

Sí ☐ 1

No ☐ 2

5. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

6. Rehabilitación o terapias médicas?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

7. Terapias alternativas? (homeopatía, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)

Sí ☐ 1

No ☐ 2

8. Transporte para ir al sitio de atención médica y regresar?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

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

Valor \$

Valor \$

Valor \$

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

Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más

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)?

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

Sí 1

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)?

Formule esta pregunta solo para personas de 2 años y más

Sí 1

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>39. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado/a?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="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>40. ¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización? (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>4. Secretaría de salud o la alcaldía</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>5. Recursos propios o familiares</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> </table> <p>Si estuvo hospitalizado/a más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</p> <p>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="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	5. Recursos propios o familiares	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<p>41. ¿Cuánto pagó en total ____ por esta hospitalización?</p> <p>A través de EPS <input type="text" value="1"/></p> <p>Servicio particular o plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="text" value="2"/></p> <p>↓</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Valor \$</td> <td>2. Valor \$</td> </tr> </table>	1. Valor \$	2. Valor \$	<p>42. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:</p> <p>Muy buena <input type="text" value="1"/></p> <p>Buena <input type="text" value="2"/></p> <p>Mala <input type="text" value="3"/></p> <p>Muy mala <input type="text" value="4"/></p>	<p>43. Por este problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?</p> <p>Si estuvo hospitalizado/a más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días</p> <p>Número de días</p>
	Sí	No																						
1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																						
2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																						
3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																						
4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																						
5. Recursos propios o familiares	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																						
1. Valor \$	2. Valor \$																							

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"/>				
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"/>				
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"/>				

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

<p>44. ¿_____ está embarazada actualmente o ha tenido hijos/as?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <small>Termine capítulo</small></p> <p><small>Solo para mujeres de 10 a 49 años.</small></p>	<p>45. Si está embarazada actualmente, ¿asiste a control prenatal?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No está embarazada <input type="checkbox"/> 3 <small>Pase a 47</small></p>	<p>46. ¿Durante este embarazo le han formulado suplementos vitamínicos (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio, etc.)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>47. ¿A qué edad tuvo su primer hijo/a?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No ha tenido hijos/as <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. R. Edad</p>		<p>48. ¿... tiene el esquema completo de vacunación, según su edad?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p><small>Las preguntas 48 a 50 son solo para personas menores de 6 años.</small></p>	<p>49. ¿Llevar a... a control de crecimiento y desarrollo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuántas veces le llevaron durante los ÚLTIMOS 12 MESES?</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p><small>Termine capítulo</small></p> <p>C. R. Número de veces</p>	<p>50. ¿Cuál fue la principal razón para no llevar a... a un control de crecimiento y desarrollo?</p> <p>No pensó que fuera necesario llevarlo/a a consulta <input type="checkbox"/> 1</p> <p>La consulta es muy cara, no tiene plata <input type="checkbox"/> 2</p> <p>El lugar donde le atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No está afiliado/a a EPS o a régimen subsidiado <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No consiguió cita cercana en el tiempo o le atienden muy mal <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Considera que no está en edad o es recién nacido/a <input type="checkbox"/> 8</p> <p>No tiene registro civil de nacimiento <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Cambió de EPS o de municipio <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11</p> <p>C. R. Otra, ¿cuál?</p>
---	---	--	--	--	--	---	--

01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

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

1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?		2. ¿La persona con quien permanece... ha recibido algún tipo de formación, orientación o acompañamiento para la crianza?		3. ¿Cuál es la razón principal por la que... no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio?		4. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste?		5. Durante este año escolar ¿pagó matrícula para _____?	
Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio <input type="checkbox"/> 1 <small>Pase a 4</small> Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/> 2 Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 3 Con empleado/a o niño/a en la casa <input type="checkbox"/> 4 Al cuidado de un/a pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/> 5 Al cuidado de un/a pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/> 6 En casa solo <input type="checkbox"/> 7 Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <small>→Pase a 3</small>		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe <input type="checkbox"/> 9		No hay una institución cercana <input type="checkbox"/> 1 Es muy costoso <input type="checkbox"/> 2 No encontró cupo <input type="checkbox"/> 3 Prefiere que no asista todavía <input type="checkbox"/> 4 Tiene un/a familiar en la casa que lo/la cuida <input type="checkbox"/> 5 Considera que no está en edad de asistir o es recién nacido/a <input type="checkbox"/> 6 Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 7 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <div>Después de diligenciar, pase a 13.</div>		Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 1 Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 2 Centro de desarrollo infantil público <input type="checkbox"/> 3 Jardín o colegio oficial <input type="checkbox"/> 4 Jardín o colegio privado <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
C. R.	Otro, ¿cuál?	C. R.	Otra, ¿cuál?	C. R.		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"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

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

Sí 1

No 2 Pase a 15

Tenga presente que:

1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al desayuno o almuerzo.

2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.

14. ¿ ____ paga por esta alimentación?

Sí, completamente 1

Si, por un pago simbólico 2

a. ¿Valor que paga DIARIO?

b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?

No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste 3

a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?

No paga, la recibe o la lleva del hogar 4

23

3

4

C. R.

a. Valor (\$)

b. Valor (\$)

a. Valor (\$)

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

Sí 1

No 2 Pase a 17

Tenga presente que:

1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al refrigerio.

2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.

16. ¿ ____ paga por esta alimentación?

Sí, completamente 1

Si, por un pago simbólico 2

a. ¿Valor que paga DIARIO?

b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?

No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste 3

a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?

No paga, la recibe o la lleva del hogar 4

23

3

4

C. R.

a. Valor (\$)

b. Valor (\$)

a. Valor (\$)

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?		18. ¿Cuántos años tiene esta persona?		19. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?		20. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza esta persona con...?		21. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?	
<p>Si F1= 7 permanece en casa solo/a, no formule esta pregunta y termine capítulo</p> <p>Una persona de este hogar <input type="text"/> Número de orden → Pase a 20</p> <p>Una persona de otro hogar <input type="text"/></p>				<p>Algunos años de primaria <input type="text"/></p> <p>Toda la primaria <input type="text"/></p> <p>Algunos años de secundaria <input type="text"/></p> <p>Toda la secundaria <input type="text"/></p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="text"/></p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="text"/></p> <p>Uno o más años de universidad <input type="text"/></p> <p>Universitaria completa <input type="text"/></p> <p>Ninguno <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text"/></p>		<p>Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos <input type="text"/></p> <p>Contarle cuentos o relatos <input type="text"/></p> <p>Realizar actividades artísticas o manualidades <input type="text"/></p> <p>Cantar <input type="text"/></p> <p>Tocar algún instrumento musical <input type="text"/></p> <p>Realizar juegos y rondas <input type="text"/></p> <p>Salir al parque <input type="text"/></p> <p>Ver televisión <input type="text"/></p> <p>Realizar alguna actividad deportiva <input type="text"/></p> <p>Juegos o actividades con dispositivos electrónicos (computador, tablet, consolas de videojuegos, etc.) <input type="text"/></p> <p>Otras, ¿cuáles? <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text"/></p> <p>Termine capítulo</p>		<p>Todos los días <input type="text"/></p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="text"/></p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="text"/></p> <p>Al menos una vez al mes, pero no todos los meses <input type="text"/></p>	
C. R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años					
01						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

1. ¿Sabe leer y escribir?		2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)		3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie?		4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?	
<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>		<p>Sí <input type="checkbox"/> Pase a 6</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es menor de 35 años, continúe. Si tiene 35 años o más, pase a 4.</p>		<p>Espera respuesta</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p> <p>10 <input type="checkbox"/></p> <p>11 <input type="checkbox"/></p> <p>12 <input type="checkbox"/></p> <p>13 <input type="checkbox"/></p> <p>14 <input type="checkbox"/></p> <p>15 <input type="checkbox"/></p> <p>16 <input type="checkbox"/></p> <p>17 <input type="checkbox"/></p>		<p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>Preescolar <input type="checkbox"/></p> <p>Básica primaria (1.º-5.º) <input type="checkbox"/></p> <p>Básica secundaria (6.º-9.º) <input type="checkbox"/></p> <p>Media (10.º-13.º) <input type="checkbox"/></p> <p>Técnico sin título <input type="checkbox"/></p> <p>Técnico con título <input type="checkbox"/></p> <p>Tecnológico sin título <input type="checkbox"/></p> <p>Tecnológico con título <input type="checkbox"/></p> <p>Universitario sin título <input type="checkbox"/></p> <p>Universitario con título <input type="checkbox"/></p> <p>Posgrado sin título <input type="checkbox"/></p> <p>Posgrado con título <input type="checkbox"/></p>	
				C. R.		Grado o año aprobado:	
				Otra razón, ¿cuál?			
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

<p>5. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</p> <p>Si es menor de 18 años, pase a pregunta 22; de lo contrario termine capítulo.</p>	<p>6. ¿En qué nivel está matriculado/a... y qué grado o año cursa?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>Preescolar 1</p> <p>Básica primaria (1.º-5.º) 2</p> <p>Básica secundaria (6.º-9.º) 3</p> <p>Media (10.º-13.º) 4</p> <p>Técnico 5</p> <p>Tecnológico 6</p> <p>Universitario 7</p> <p>Posgrado 8</p> </div> <div style="font-size: 3em; line-height: 1; padding: 0 10px;">}</div> <div style="text-align: center;"> <p>Pase a 8</p> </div> </div>	<p>7. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</p>	<p>8. El establecimiento donde estudia... es:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> <p>Oficial</p> <p>No oficial</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <p>1</p> <p>2</p> </div> <div style="width: 50%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; border: 1px solid black; border-radius: 50%;"></div> </div> </div>			
Número de años	Nivel	Grado o año que cursa	Número de años	C. R.	Con subsidio del Estado	Sin subsidio

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

Observaciones:

[illegible]

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

9. Este establecimiento está ubicado en:		10. ¿En qué jornada estudia ...?		11. ¿Normalmente en qué modalidad estudia ____?		12. ¿Qué medio de transporte utiliza principalmente ... para ir a la institución a la que asiste?		13. ¿Cuántos minutos gasta para ir a la institución a la que asiste?		14. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, refrigerios, almuerzos) en forma gratuita o por un pago simbólico?	
Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1 Corregimiento, inspección de policía o caserío <input type="checkbox"/> 2 Vereda o campo <input type="checkbox"/> 3		Mañana <input type="checkbox"/> 1 Tarde <input type="checkbox"/> 2 Noche <input type="checkbox"/> 3 Única o completa <input type="checkbox"/> 4 Fin de semana <input type="checkbox"/> 5		Presencial <input type="checkbox"/> 1 Semipresencial <input type="checkbox"/> 2 Virtual o en línea <input type="checkbox"/> 3 <small>pase a 15</small>		Vehículo particular <input type="checkbox"/> 1 Transporte escolar (ruta escolar) <input type="checkbox"/> 2 Transporte público <input type="checkbox"/> 3 A pie <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Caballo, mula <input type="checkbox"/> 6 Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8		Minutos		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
Si G6 = 5, 6, 7 u 8, el nivel educativo es técnico, tecnológico, universitario o postgrado; pase a 11.										C.R.	a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$) <input type="text"/> b. Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$) <input type="text"/>
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

15. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?				16. ¿De quién recibió la beca para estudiar?				17. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?				18. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?				19. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... ha recibido crédito educativo?				Observaciones:			
Sí <input type="checkbox"/> 1				De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1				Sí <input type="checkbox"/> 1				De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1				Sí <input type="checkbox"/> 1							
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 17				Icetex <input type="checkbox"/> 2				No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 19				Icetex <input type="checkbox"/> 2				No <input type="checkbox"/> 2 Pase a pregunta 21							
Frecuencia:				Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3				Frecuencia:				Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3				Frecuencia:							
Mensual <input type="checkbox"/> 1				Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4				Mensual <input type="checkbox"/> 1				Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4				Mensual <input type="checkbox"/> 1							
Bimestral <input type="checkbox"/> 2				Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5				Bimestral <input type="checkbox"/> 2				Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5				Bimestral <input type="checkbox"/> 2							
Semestral <input type="checkbox"/> 3				Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6				Semestral <input type="checkbox"/> 3				Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6				Semestral <input type="checkbox"/> 3							
Anual <input type="checkbox"/> 4				Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7				Anual <input type="checkbox"/> 4				Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7				Anual <input type="checkbox"/> 4							
Anual <input type="checkbox"/> 4				Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8								Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8											
C. R.	Valor (\$)	Frecuencia		C. R.	Valor (\$)	Frecuencia		C. R.	Valor (\$)	Frecuencia		C. R.	Valor (\$)	Frecuencia									
01																							
02																							
03																							
04																							
05																							
06																							
07																							
08																							
09																							

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

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

23. ¿Cuántos años tiene esta persona?	Años	
24. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?	Algunos años de primaria	1
	Toda la primaria	2
	Algunos años de secundaria	3
	Toda la secundaria	4
	Uno o más años de técnica o tecnológica	5
	Técnica o tecnológica completa	6
	Uno o más años de universidad	7
	Universitaria completa	8
	Ninguno	9
	No sabe	10
Si no asiste, termine el capítulo		
25. Cuáles de las siguientes actividades realiza ... fuera de la jornada escolar:	Participa en cursos, talleres o grupos artísticos (música, teatro, danza, pintura, etc.)	1
	Participa en cursos, talleres o grupos de ciencia y tecnología (computación, botánica, robótica, etc.)	2
	Asiste a cursos, prácticas o escuelas deportivas (fútbol, gimnasia, natación, tenis, atletismo, etc.)	3
	Participa en grupos de estudio	4
	Sale al parque	5
	Lee libros	6
	Juega	7
	Ninguna de las anteriores	8

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

Observaciones:

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal grey lines across its entire width, providing a guide for handwriting or typing. The paper itself is a clean, off-white color.

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

1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.	2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?		3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?	5. ¿... trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?	6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?
	C. R. Otra actividad, ¿cuál?					
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

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

13. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...?	14. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?	15. En este trabajo... es: <div>Lea las alternativas</div> <div>Obrero o empleado de empresa particular</div> <div>Obrero o empleado del gobierno</div> <div>Empleado doméstico</div> <div>Profesional independiente</div> <div>Trabajador independiente o por cuenta propia</div> <div>Patrón o empleador</div> <div>Trabajador de finca, tierra o parcela PROPIA, EN ARRIENDO, APARCERÍA, USUFRUCTO O POSESIÓN</div> <div>Trabajador sin remuneración</div> <div>Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados del servicio doméstico, mayordomos, jornaleros, etc.)</div> <div>Jornalero o peón</div> <div><div><div>1</div><div>2</div><div>3</div></div>→ Pase a 17</div> <div><div>4</div><div>5</div><div>6</div></div> → Pase a 32
---	--	---

7

8

9

10

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

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

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

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

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

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

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor mensual (\$)

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

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor mensual (\$)

31. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:

Después de diligenciar pase a la pregunta 34

1. ¿Prima de servicios?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

2. ¿Prima de navidad?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

3. ¿Prima de vacaciones?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

4. ¿Bonificaciones?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													

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

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

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

[illegible]

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

40A. ¿Durante los últimos 12 meses ha trabajado bajo la modalidad de teletrabajo o trabajo en casa?

Sí ☐ ¿Por qué razón?

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Por la pandemia del coronavirus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Su empresa utiliza esa modalidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Trabaja como independiente desde su casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Otra, ¿cuál? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

No ☐

C. R. Razones

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

- Deficiente seguridad industrial?
Ruidos, vibraciones o choques molestos?
Exige mucho esfuerzo físico?
Temperaturas extremas?
Olores fuertes o presencia de polvo en el ambiente?
Mala iluminación o aireación?
Picadura de insectos y mordedura de animales?
Exposición permanente a variaciones climáticas?
Exige mucho esfuerzo intelectual?
Tratos indebidos, presiones psicológicas, discriminación?
Jornadas de trabajo extensas?
Ninguno de los anteriores?

- ☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

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

Después de diligenciar pase a 46.

Sí ☐
No ☐

C. R. Valor total percibido (\$)

Observaciones:

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

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

[illegible]

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

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

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

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

Sí

No

No sabe, no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

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

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

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

2. ¿Realizar oficios en su hogar?

3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones?

4. ¿Cuidar o atender niños/as?

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

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

1

2

1

2

1

2

1

2

1

2

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

H

47

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

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

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

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

[illegible]**Observaciones:**[illegible]

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

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

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

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

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

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <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)

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

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

13. ¿Para cuáles de las siguientes actividades utiliza... el teléfono celular:		14. ¿Con qué frecuencia escucha... la señal de radio dentro del hogar?		15. Para cuáles de los siguientes servicios o actividades escucha... la señal de radio:		Observaciones:
Llamadas personales o familiares? <input type="checkbox"/> 1 Llamadas laborales? <input type="checkbox"/> 2 Mensajes de texto (SMS, mensajería instantánea, chat, etc.)? <input type="checkbox"/> 3 Navegación en internet? <input type="checkbox"/> 4 Venta de minutos? <input type="checkbox"/> 5 Otras actividades? <input type="checkbox"/> 6		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 escucha señal de radio dentro del hogar <input type="checkbox"/> 5 → Termina capítulo		Entretenimiento (música, deportes, variedades, humor)? <input type="checkbox"/> 1 Noticias? <input type="checkbox"/> 2 Información de interés comunitario? <input type="checkbox"/> 3 Educación y aprendizaje? <input type="checkbox"/> 4 Otra? <input type="checkbox"/> 5		
01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

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

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

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:		11. ¿Por ese trabajo... recibe remuneración u obtiene alguna ganancia?		12. ¿Cuánto recibió o ganó el mes pasado?	
						Lea las alternativas Obrero o empleado [1] Empleado doméstico [2] Trabajador independiente o por cuenta propia [3] Trabajador familiar sin remuneración [4] Trabajador sin remuneración de empresas o negocios de otros hogares [5] Jornalero o peón [6]		Sí [1] No [2] Pase a 14			
Código				Código						Valor mensual (\$)	
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

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

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

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

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

01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			

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

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

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

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

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

- Sí → Pase a 7
- No → 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 → Pase a 9
- No → Pase a 9

8. La escritura está a nombre de:

- Solo una persona del hogar Número de orden
- Nombre: _____
- Dos o más personas del hogar
- ¿Cuántas? _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Personas del hogar con personas de otro hogar

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
- Escrito

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

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

1. ¿Quién contesta el capítulo?

Jefe/a de hogar
Cónyuge

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

Seguro/a
Inseguro/a

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

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

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

Muy buenas
Buenas
Regulares
Malas

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

Mejor
Igual
Peor

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

Mejor
Igual
Peor

7. ¿Usted se considera pobre?

Sí
No

8. Los ingresos de su hogar:

No alcanzan para cubrir los gastos mínimos
Alcanzan para cubrir los gastos mínimos
Cubren más que los gastos mínimos

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

1. Familias en Acción? ¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?
Sí →
¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
\$ _____
No
Número de orden

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

3. 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 →
¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
\$ _____
No

4. Otro, ¿cuál? →
¿Cuáles? _____
¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
\$ _____
No

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

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

12. ¿Cuál es la principal razón por la que el hogar no tiene computador (de escritorio, portátil o tableta)?

Solo para hogares en que L11 en las opciones 22, 23 y 24 respondieron NO.

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

13. ¿El hogar tiene conexión a internet?

- Sí → Fijo No Si sólo tiene internet móvil, pase a 17
- No Móvil No Si sólo tiene internet móvil, pase a 17

14. ¿Pagan en este hogar por el servicio de internet fijo (de forma individual o en combo o paquete)?

- Sí
- No

Después de diligenciar, pase a 17
Solo para hogares en que L13 respondieron Sí en internet fijo.

15. ¿Cuál es la razón principal por la que el hogar no tiene conexión a internet?

- Es muy costoso
- No lo considera necesario
- No tiene un dispositivo para conectarse
- Tiene acceso suficiente desde otros lugares sin costo
- No sabe usarlo
- No hay cobertura en la zona
- Otra

16. ¿El hogar tiene previsto tener conexión a internet en los próximos 12 meses?

- Sí
- No

17. ¿Qué servicios usa el hogar para ver televisión?

Solo para hogares que en L11 en las opciones 8 o 9 respondieron Sí.

1. Señal abierta → a. Análoga Sí No
b. TDT Sí No
2. Cable
3. Satelital
4. IPTV
- Si no marcó ninguna de estas opciones, pase a 19

18. ¿Pagan en este hogar por servicio de TV (de forma individual o en combo o paquete)?

Solo para hogares que en L17 marcaron opciones 2, 3 o 4

- Sí
- No

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

- | | Minutos |
|--|----------------------|
| 1. Paradero o estación de transporte público | <input type="text"/> |
| 2. Establecimiento educativo o de cuidado de niños y niñas (colegio, jardín infantil, hogar comunitario o centro de desarrollo infantil) | <input type="text"/> |
| 3. Hospital o centro de salud | <input type="text"/> |
| 4. Supermercado o tienda | <input type="text"/> |
| 5. Plaza de mercado | <input type="text"/> |
| 6. Estación de policía o CAI | <input type="text"/> |
| 7. Droguería o farmacia | <input type="text"/> |
| 8. Parque o zonas verdes | <input type="text"/> |
| 9. Escenarios culturales o recreativos (biblioteca, casa de la cultura, teatro, etc.) | <input type="text"/> |
| 10. Espacios deportivos (cancha, pista, coliseo) | <input type="text"/> |
| 11. Banco, cajero automático o corresponsal bancario | <input type="text"/> |
| 12. Centro de venta o acopio (sólo para centros poblados y rural disperso) | <input type="text"/> |

20. A causa de la emergencia sanitaria por el COVID19, ¿cuáles de los siguientes eventos se han presentado en su hogar?

1. El jefe/a de hogar perdió su empleo
2. El/la cónyuge perdió su empleo
3. Otro miembro del hogar perdió su empleo
4. Tuvieron que cerrar el negocio del cual derivaban su ingreso
5. No pudieron vender la producción de su finca o negocio
6. Se atrasaron en el pago del jardín o colegio
7. No pudieron pagar la universidad o la matrícula del programa técnico o tecnológico
8. Se atrasaron en el pago de la vivienda (arrendamiento o cuota del crédito)
9. Se atrasaron en el pago de administración o celaduría
10. Se atrasaron en el pago de servicios públicos
11. Se atrasaron en el pago de impuestos (predial, valorización o renta)
12. Ninguno de las anteriores

Termine el capítulo

21. ¿Qué medidas tomaron para hacerles frente a estos eventos?

1. Uno o más miembros del hogar que no trabajaban empezaron a trabajar
2. Adoptaron nuevas fuentes de ingreso
3. Se fueron a vivir con familiares o acogieron a un familiar
4. Gastaron parte o todos sus ahorros
5. Se endeudaron o ampliaron el plazo de alguna(s) deuda(s)
6. Vendieron algunos bienes o activos (moto, carro, electrodoméstico, lote)
7. Vendieron o dieron en pago la vivienda ocupada por el hogar
8. Retiraron hijos/as de la escuela, colegio o jardín
9. Retiraron hijos/as de la universidad o de la carrera técnica o tecnológica
10. Disminuyeron el gasto en alimentos
11. Pidieron ayuda del gobierno local o nacional o de otras entidades
12. Pidieron ayuda a familiares, amigos u otras personas del barrio, pueblo o vereda
13. Solicitaron subsidio al desempleo
14. Otra, ¿cuál?

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 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 (pasteurizada, 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)**SOLO PARA CENTROS POBLADOS Y ÁREA RURAL DISPERSA**

6. Generalmente, ¿dónde compran los alimentos no perecederos (granos, cereales, aceites , productos de panadería, etc.) para el hogar?

En la cabecera de este municipio

En esta vereda

2	
---	--

En otra vereda del mismo municipio 3

En otro municipio	4	
-------------------	---	--

SOLO APLICA EN ÁREAS URBANAS (Clase 1)

7. ¿En qué lugar acostumbran hacer la compra de los siguientes alimentos para el hogar?

Lugar de compra:

Hipermercados o almacenes de cadena 1

Supermercados de barrio o graneros 2

Tiendas 3

Plaza de mercado o galería 4

Vendedores ambulantes, mercado móvil o ventas callejeras 5

Otros lugares especializados (carnicería, panadería, etc.) 6

Autoconsumo o autosuministro 7

No compra porque no consume 8

**Código lugar
de compra**

Carne, pollo y pescado

Leche, queso y otros productos lácteos

Frutas

Huevos	
--------	--

Verduras Arroz, pastas y otros cereales

Granos, fríjol, arveja, garbanzo, lenteja, etc.

Tubérculos y plátanos

Observaciones:

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

M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)

GASTOS PERSONALES

		Sí <input type="text"/> <input type="text"/>		9. ¿Cuál fue el valor total pagado en los ÚLTIMOS 7 DÍAS?	10. Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿en este hogar accedieron o adquirieron sin tener que comprarlo?	11. ¿De dónde lo obtuvieron?	12. En cuánto estima el precio de ____ obtenido
8. Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, una o más personas del hogar gastaron dinero en:		No <input type="text"/> <input type="text"/> → pase a 10			Sí <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a siguiente renglón	1. Negocio del hogar 2. Pago en especie 3. Regalo 4. Intercambio o trueque	
Artículos o servicios		Código respuesta	Valor pagado (\$)	Código respuesta	Código respuesta	Valor (\$)	
27	Bebidas alcohólicas (cerveza, aguardiente, ron, vino y otros)						
28	Cigarrillos, tabaco y derivados (incluye cigarrillos electrónicos)						
29	Servicio doméstico (interno o por días)						
30	Transporte urbano en bus, buseta, colectivo, metro, taxi, sistema integrado, mototaxi, bicitaxi, aplicaciones, transporte por río						
31	Café internet, compra de minutos de celular						
32	Comidas y bebidas preparadas fuera del hogar (almuerzo corriente o a la carta, productos de panadería, comidas rápidas; puestos en la calle, servicio a la mesa, máquinas, para llevar, domicilio)						
33	Apuestas y juegos de azar (chance, lotería, etc.),						
34	Gastos en uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares						

Observaciones:

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="text" value="1"/>	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? 1. Negocio del hogar 2. Pago en especie 3. Regalo 4. Intercambio o trueque	17. En cuánto estima el precio de ____ obtenido
		No <input type="text" value="2"/> → pase a 15		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> → Pase a siguiente renglón		
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 técnica)					
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="text" value="1"/>	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="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> → 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
		No <input type="text" value="2"/> →pase a 15				
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 TRIMESTRALES

18. Durante los ÚLTIMOS TRES MESES de ____ a ____ las personas de este hogar adquirieron o realizaron pagos por alguno de los siguientes artículos o servicios:

Sí
No →pase a 20

19. ¿Cuál fue el valor total pagado en ____ los ÚLTIMOS TRES MESES

20. Durante los ÚLTIMOS TRES MESES ¿en este hogar accedieron o adquirieron ____ sin tener que comprarlo?

Sí
No → Pase a siguiente renglón

21. ¿De dónde lo obtuvieron?

- 1. Negocio del hogar
- 2. Pago en especie
- 3. Regalo
- 4. Intercambio o trueque

22. En cuánto estima el precio de ____ obtenido

Artículos o servicios		Código respuesta	Valor pagado (\$)	Código respuesta	Código respuesta	Valor (\$)
70	Ropa para hombre, mujer, niño/a y bebés (excluye uniformes escolares)					
71	Otros artículos y accesorios de vestir (correas, pañoletas, gorros, cascos para motociclistas y ciclistas)					
72	Calzado para hombre, mujer, niño/a					
73	Repuestos y productos de limpieza para vehículos, motos, bicicletas y patinetas con motor para uso del hogar (llantas, rines, baterías, ceras, limpiadores)					
74	Discos, CD, DVD o USB con contenido (de música o videos)					
75	Artículos de viaje y bienes personales (maletas, morrales, billeteras, bolsos, gafas para el sol, sombrillas, abanicos, llaveros, sillas para el bebé en el vehículo)					
76	Reparación de calzado o de vestuario					
77	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="text" value="1"/>	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? 1. Negocio del hogar 2. Pago en especie 3. Regalo 4. Intercambio o trueque	27. En cuánto estima el precio de ____ obtenido
		No <input type="text" value="2"/> →pase a 25		Sí <input type="text" value="1"/>		
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, serpentinass), 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 1
No 2 →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?

Sí 1
No 2 → Pase a siguiente renglón

26. ¿De dónde lo obtuvieron?

- 1. Negocio del hogar
- 2. Pago en especie
- 3. Regalo
- 4. Intercambio o trueque

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

[illegible][illegible]