

**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. Departamento: <input type="text"/>	7. Manzana: <input type="text"/>	13. Total de hogares en la vivienda: <input type="text"/>
2. Municipio: <input type="text"/>	8. Segmento: <input type="text"/>	14. Hogar número: <input type="text"/>
3. Clase: <input type="text"/>	9. Área geográfica: <input type="text"/>	15. Total de personas en el hogar: <input type="text"/>
4. Localidad (solo para Bogotá): <input type="text"/>	10. Edificación número: <input type="text"/>	16. Barrio: <input type="text"/>
5. Sector: <input type="text"/>	11. Total de viviendas en la edificación: <input type="text"/>	17. Dirección de la vivienda: <input type="text"/>
6. Sección: <input type="text"/>	12. Vivienda número: <input type="text"/>	18. Teléfono: <input type="text"/>
		19. Resultado final de la encuesta*: <input type="text"/>

**A 1. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA**
**1. ENCUESTA**

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

**2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA**

Coordinador(a) <input type="text"/>
Nombre: <input type="text"/>
Supervisor(a) <input type="text"/>
Nombre: <input type="text"/>
Apoyo operativo <input type="text"/>
Nombre: <input type="text"/>
<b>Observaciones:</b>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

 \* E.C: 1.Encuesta Completa.  
 A.T: 5. Ausente Temporalmente.

 E.I: 2. Encuesta Incompleta.  
 R: 6. Rechazo.

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

 N.H: 4. Nadie en el Hogar.  
 O: 8. Otro Motivo.

## B. DATOS DE LA VIVIENDA Y SU ENTORNO (Para el primer hogar de la vivienda)

### DATOS DEL ENTORNO

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

Diligencie por observación

- Sendero o camino en tierra   → Pase a 3
- 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?

Diligencie por observación

- Sí
- No

#### 4. ¿La edificación está ubicada en un conjunto residencial?

Diligencie por observación

- Sí
- No

#### 5. La iluminación de la vía de acceso a la edificación en las noches es:

- Suficiente
- Insuficiente
- No tiene

#### 6. ¿Cuántos pisos tiene la edificación donde está ubicada la vivienda?

→ Si la edificación tiene 4 pisos o más continúe. Si tiene menos pase a 8.

#### 7. ¿La edificación donde está ubicada la vivienda tiene ascensor?

- Sí
- No

### DATOS DE LA VIVIENDA

#### 8. ¿La vivienda presenta:

- |   | Sí  | No  | No sabe/<br>No responde                   |
|---|---|---|---|
| 1. Humedades en el techo o en las paredes?  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Goteras en el techo?                     | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Grietas en techos y paredes?             | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Fallas en tuberías, cañerías o desagües? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Grietas en el piso?                      | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Cielorrasos o tejas en mal estado?       | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Escasa ventilación?                      | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

#### 8b. ¿La vivienda presenta alguna de las siguientes situaciones que generen riesgo para sus habitantes:

- |   | Sí  | No  | No sabe/<br>No responde                   |
|---|---|---|---|
| 1. Inundación cuando llueve o cuando se crece el río? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Peligro de derrumbe, avalancha o deslizamiento?    | <input type="text"/> <input type="text"/> | <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"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

#### 9. ¿Algún espacio de la vivienda está dedicado a negocios de industria, comercio o servicios?

- Sí → ¿A qué negocio se dedica este espacio:
- |                  | Sí  | No  |
|------------------|---|---|
| 1. Comercio?     | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Industria?    | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Servicios?    | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Agropecuario? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
- No

#### 10. Tipo de vivienda:

- Casa
- Apartamento
- Cuarto(s)
- Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, refugio natural, etc.)

#### 11. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda:

- |                           | Estrato para tarifa  |  |
|---------------------------|--|--|
| 1. Energía eléctrica      | Sí <input type="text"/> <input type="text"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> | No <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Acueducto              | Sí <input type="text"/> <input type="text"/>   | No <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Alcantarillado         | Sí <input type="text"/> <input type="text"/>   | No <input type="text"/> <input type="text"/> |
|                           | Días por semana  |  |
| 4. Recolección de basuras | Sí <input type="text"/> <input type="text"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> | No <input type="text"/> <input type="text"/> |

#### 12. ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores?

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

#### 13. ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

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

**B. DATOS DE LA VIVIENDA Y SU ENTORNO (Conclusión)**  
**(Para el primer hogar de la vivienda)**

### DATOS DE LA VIVIENDA (conclusión)

**14. La vivienda está cerca de:**

**4. La vivienda está cerca de:**

	Sí	No
1. Fábricas o industrias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Basureros o botaderos de basuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Plazas de mercado o Mataderos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Terminales de buses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bares o discotecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prostíbulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Expendios de droga (ollas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lotes baldíos o sitios oscuros y peligrosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Líneas de alta tensión o centrales eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Caños de aguas residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Zona de riesgo de incendio forestal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Talleres de mecánica, servitecas o estaciones de gasolina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. ¿Cuáles de los siguientes problemas presenta el entorno donde está ubicada su vivienda?:**

	Sí	No
1. Ruido	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Exceso de anuncios publicitarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Inseguridad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Contaminación del aire	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Malos olores	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Disposición inadecuada de las basuras	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Invasión del espacio público (andenes, calles, parques...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Presencia de insectos, roedores o animales que causen molestia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Contaminación de cuerpos de agua (ríos, caños, humedales, lagunas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Abandono de escombros	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Disposición inadecuada de residuos hospitalarios o biológicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Árboles que ponen en riesgo las viviendas o sus habitantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Lugares con presencia de orina o excremento de humano	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**16. Considera que el entorno donde esta ubicada su vivienda tiene condiciones adecuadas para la movilidad de:**

	Sí	No	No sabe
1. Personas con discapacidad visual?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Personas con discapacidad para caminar?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Adultos mayores?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Personas con bebés o niños menores de 5 años?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**17. En total ¿cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda y atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común?**

---

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

## C. CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR

(Para todos los hogares de la vivienda)

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

- Propia, totalmente pagada   → Pase a 3
- Propia, la están pagando
- En arriendo o subarriendo
- Leasing   → Pase a 10
- En usufructo
- Otra forma de tenencia (posesión sin título, ocupante de hecho, propiedad colectiva, etc.)   → Pase a 9

### 2. ¿Cuál es el valor MENSUAL de la cuota?

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

### 3. ¿Alguna persona de este hogar tiene escritura registrada de esta vivienda?

- Sí
- No   → Pase a 5

### 4. La escritura está a nombre de:

1. Jefe/a del hogar
2. Cónyuge
3. Hijos varones que vivan en este hogar
4. Hijas mujeres que vivan en este hogar
5. Otras personas del hogar

### 5. Si fuera a comprar esta vivienda ahora, ¿cuánto cree que tendría que pagar?

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

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

Año de compra:     → Si el año de la compra es 2015 o después, continúe; si es antes de 2015 pase a 9.

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

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

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

- |   | Sí  | No  |
|---|---|---|
| 1. Crédito bancario hipotecario                       | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Crédito bancario diferente a hipotecario.          | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Crédito con el Fondo Nacional del Ahorro           | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Crédito con cooperativas o fondos de empleados     | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Crédito con fondos de vivienda o cajas de vivienda | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Préstamos de amigos o familiares                   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Cesantías  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8. Recursos propios o ahorros                         | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 9. Subsidios  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 10. Otra, ¿cuál? _____                                | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

### 9. Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto cree que sería el monto MENSUAL?

Valor MENSUAL \$ \_\_\_\_\_ → Pase a 11

### 10. ¿Cuánto paga MENSUALMENTE por el arriendo o leasing de esta vivienda?

Valor MENSUAL \$ \_\_\_\_\_ → Si es leasing pase a 11

### 10a. ¿Cuenta con contrato escrito de arrendamiento?

- Sí
- No

### 10b. ¿A raíz de las medidas tomadas por la pandemia del coronavirus (Covid-19), entre marzo de 2020 y el momento actual:

1. Se atrasó o dejó de pagar alguna cuota de arrendamiento? Sí   → ¿Cuántas dejó de pagar? \_\_\_\_\_  
No
2. El arrendatario le dio algún descuento en la cuota de arrendamiento? Sí   → ¿En total cuánto suman todos los descuentos que le hicieron? \$ \_\_\_\_\_  
No

### 11. En los PRÓXIMOS 2 AÑOS, ¿usted o alguna persona de este hogar tiene planes de adquirir vivienda?

Sí   → ¿Principalmente por qué motivo planea comprar?

- Para ser habitada por miembros del hogar
- Para ser arrendada o vendida   → Pase a 13

No

### 12. ¿Cuál es la razón principal para no tener planes de adquirir vivienda?

- Poseen vivienda
- Prefieren otro tipo de inversión
- No cuentan con el dinero suficiente para la cuota inicial
- Por otras deudas, no tienen capacidad de endeudamiento   → Pase a 14
- No cumplen los requisitos para obtener crédito financiero
- Otra razón, ¿cuál? \_\_\_\_\_

### Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**C. CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR (Continuación)**  
(Para todos los hogares de la vivienda)

**13. ¿Cuáles de las siguientes fuentes de financiamiento piensan utilizar para la compra de esta vivienda?:**

	Sí	No
1. Crédito bancario hipotecario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Crédito bancario diferente a hipotecario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Crédito con el Fondo Nacional del Ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Crédito con cooperativas o fondos de empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Crédito con fondos de vivienda o cajas de vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Préstamos de amigos o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cesantías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Recursos propios o ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Subsidios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. ¿Este hogar paga MENSUALMENTE cuota de administración o celaduría?**

Sí → Valor \$

El valor está incluido en el arriendo ☐

No pagan ☐

**15. En los ÚLTIMOS 36 MESES, ¿alguna persona de este hogar recibió subsidio en dinero o en especie del gobierno o de otra institución para la compra, construcción, mejora o escrituración de vivienda o lote?**

Sí ☐ → ¿Cuánto recibieron? \$

No ☐

**16. ¿Cuántas personas componen este hogar?**

**17. Incluyendo sala y comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas dispone este hogar? (excluya cocina, baños, garajes y los cuartos destinados a negocio)**

→ ¿Cuántos de estos cuartos reciben iluminación natural?

**18. ¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas del hogar?**

**19. Este hogar dispone de:**

	Sí	No
1. Jardín o patio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lote o solar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Garaje o sitio de parqueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Azotea o terraza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otras zonas comunes (pasillos, escaleras, salón comunal...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

→ Pase a 22

**21. ¿El hogar cuenta con una cocina o espacio destinado exclusivamente para preparar alimentos?**

Sí ☐

No ☐ → Pase a 25

**22. La cocina o sitio para preparar alimentos es:**

De uso exclusivo de las personas del hogar	<input type="checkbox"/>
Compartida con personas de otros hogares	<input type="checkbox"/>

**Observaciones:**

---



---



---



---

**23. ¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?**

Electricidad	<input type="checkbox"/>
Gas natural conectado a red pública	<input type="checkbox"/>
Gas propano (en cilindro o pipeta)	<input type="checkbox"/>
Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol	<input type="checkbox"/>
Carbón mineral	<input type="checkbox"/>
Carbón de leña	<input type="checkbox"/>
Leña, madera	<input type="checkbox"/>
Material de desecho	<input type="checkbox"/>

→ Pase a 25

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

Valor \$

**25. El agua para preparar los alimentos (o beber) la obtienen principalmente de:**

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

→ Pase a 28

**26. ¿El agua llega al hogar todos los 7 días de la semana?**

Sí ☐

No ☐ → ¿Cuántos días a la semana llega?

**27. ¿El suministro es continuo las 24 horas, los días que llega el agua?**

Sí ☐

No ☐ → ¿Cuántas horas al día llega?

**C. CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR (Continuación)**  
(Para todos los hogares de la vivienda)

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

- Inodoro conectado a alcantarillado
- Inodoro conectado a pozo séptico
- Inodoro sin conexión
- Letrina   → Pase a 31
- Bajamar   → Pase a 31
- No tiene servicio sanitario   → Pase a 32

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

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

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

**31. El servicio sanitario es:**

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

**32. Este hogar dispone de:**

- Cuarto(s) para bañarse con ducha o regadera   → ¿Cuántos cuartos?
- Cuarto(s) para bañarse sin ducha o regadera
- No tiene cuarto para bañarse

**33. Este hogar dispone de:**

- |                              | Sí  | No  |
|------------------------------|---|---|
| 1. Lavamanos                 | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Lavadero                  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Tanque de reserva de agua | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

**34. ¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?**

- La recogen los servicios de aseo
- La tiran a un río, quebrada, caño o laguna
- La tiran a un lote, patio, zanja o baldío
- La queman
- La entierran
- La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)

**35. ¿En este hogar clasifican los residuos?**

- Sí   → ¿Qué tipo de residuos separa:
- |  | Sí  | No  |
|--|---|---|
| 1. Orgánicos: vegetales y restos de comida               | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Vidrio  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Papel y cartón  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Empaques y envases plásticos                          | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Metales (latas, ollas, rejas, alambres, herramientas) | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Otros (medicamentos, pilas, bombillas u otros)        | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
- No   → ¿Cuál es la razón principal por la que no separa los residuos?
- Falta de espacio
- No saben cómo hacerlo
- No vale la pena porque después se junta todo
- No reciben beneficio alguno
- Otra → ¿Cuál?

**Observaciones:**

---

---

---

---

---

---

---

---

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

- |  | Sí  | No  |
|--|---|---|
| 1. Usar luminarias o bombillas de bajo consumo (LED)                           | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Apagar luces  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Planchar la mayor cantidad de ropa en cada ocasión o no planchar            | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Cambiar electrodomésticos por otros de bajo consumo                         | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Desconectar aparatos eléctricos cuando no los usan                          | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. Reutilizar agua de la ducha, lavado de ropa, lavamanos y lavaplatos         | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Recolectar agua lluvia  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8. Usar tanque sanitario de bajo consumo de agua                               | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 9. Instalaron accesorios ahorradores de agua en duchas, lavamanos y lavaplatos | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

**Observaciones:**

---

---

---

---

---

---

---

---

### C. CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR (Conclusión) (Para todos los hogares de la vivienda)

#### 37. ¿Cuáles de los siguientes bienes o activos posee este hogar?:

	Sí	No
1. Máquina lavadora de ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nevera o refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estufa eléctrica o a gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Horno eléctrico o a gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Horno microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Televisor convencional a color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Televisor LCD, Plasma, LED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Reproductor de video (DVD, Blu Ray)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Equipo de sonido o minicomponente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bienes raíces diferentes a la vivienda que habita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Maquinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Animales de cría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Títulos valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vehículos diferentes a carro particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 38. ¿Las personas de este hogar poseen carro particular?

Sí ☐ → ¿Cuántos? ☐ ¿Cuántos se utilizan como herramienta de trabajo? ☐

No ☐ → Pase a 40

#### Observaciones:

#### 39. ¿El (los) vehículo(s) está(n) matriculado(s) en este municipio?

Sí ☐ → ¿Cuántos? ☐

No ☐

#### 40. ¿Las personas de este hogar poseen motocicleta?

Sí ☐ → ¿Cuántas? ☐ ¿Cuántas se utilizan como herramienta de trabajo? ☐

No ☐

#### 41. ¿Las personas de este hogar poseen bicicleta?

Sí ☐ → ¿Cuántas? ☐ ¿Cuántas se utilizan como medio de transporte para ir a trabajar, estudiar, hacer diligencias o visitar familiares y amigos? ☐

No ☐ → Pase a 42

Si ninguna bicicleta se usa como medio de transporte pase a 42

#### 41a. ¿En el ÚLTIMO AÑO algún miembro de este hogar:

	Sí	No
1. Ha tenido accidentes transportándose en bicicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ha sido víctima de robo de su bicicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Observaciones:

#### 42. ¿Cuánto tiempo gastan caminando, en promedio, las personas de este hogar para llegar a los siguientes servicios o establecimientos más cercanos a la vivienda?:

999 para no sabe

Solo zona urbana	Minutos
1. Estación de TransMilenio o paradero alimentador (solo para Bogotá y Soacha)	<input type="checkbox"/>
2. Paradero buses del SITP (solo para Bogotá y Soacha)	<input type="checkbox"/>
3. Paradero de transporte público (buses, busetas o colectivos)	<input type="checkbox"/>
4. Paradero de transporte intermunicipal	<input type="checkbox"/>
5. Parque o zonas verdes	<input type="checkbox"/>
6. Tienda o supermercado	<input type="checkbox"/>
7. Droguería o farmacia	<input type="checkbox"/>
8. Banco o cajero	<input type="checkbox"/>
9. CAI o estación de policía	<input type="checkbox"/>
10. Biblioteca	<input type="checkbox"/>
11. Escenarios culturales o recreativos	<input type="checkbox"/>
12. Ciclorruta	<input type="checkbox"/>
13. Centro médico	<input type="checkbox"/>

#### 43. ¿En este hogar tienen mascotas que vivan permanentemente con los miembros del hogar?

1. Perros	Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
2. Gatos	Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
3. Otros	Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles? <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>

#### Observaciones:

**D. SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS Y DE TIC**  
(Para todos los hogares de la vivienda)

**ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO**

**1. ¿Este hogar paga por el servicio de acueducto?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 Sí, con el arriendo ☐ 2 ☐  
 No pagan ☐ 3 ☐ → Pase a 3  
 El hogar no cuenta con el servicio ☐ 4 ☐

**2. ¿Cuánto pagó este hogar la ÚLTIMA VEZ por el servicio de acueducto?**

Valor \$ \_\_\_\_\_ → ¿A cuántos meses correspondió el pago? ☐ ☐

**3. ¿Este hogar paga por el servicio de alcantarillado?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 Sí, con el arriendo ☐ 2 ☐  
 No pagan ☐ 3 ☐ → Pase a 5  
 El hogar no cuenta con el servicio ☐ 4 ☐

**4. ¿Cuánto pagó este hogar la ÚLTIMA VEZ por el servicio de alcantarillado?**

Valor \$ \_\_\_\_\_ → ¿A cuántos meses correspondió el pago? ☐ ☐

**5. ¿Este hogar paga por el servicio de recolección de basuras?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 Sí, con el arriendo ☐ 2 ☐  
 No pagan ☐ 3 ☐ →   
 El hogar no cuenta con el servicio ☐ 4 ☐   
 Si pregunta D1=1 o pregunta D3=1 pase a D7. Si pregunta D1 es diferente de 1 y pregunta D3 es diferente de 1, pase a D9.

**6. ¿Cuánto pagó este hogar la ÚLTIMA VEZ por el servicio de recolección de basuras?**

Valor \$ \_\_\_\_\_ → ¿A cuántos meses correspondió el pago? ☐ ☐

**7. ¿Los servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras (aseo) los pagan entre varios hogares de esta u otras viviendas?**

- Sí ☐ 1 ☐ → ¿Entre cuántos hogares? ☐ ☐  
 No ☐ 2 ☐

**8. ¿El valor pagado por los servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras incluyó consumo por negocios de industria, comercio o servicios?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 No ☐ 2 ☐

**ENERGÍA ELÉCTRICA**

**9. ¿Este hogar paga por el servicio de energía eléctrica?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 Sí, con el arriendo ☐ 2 ☐ → Pase a 13  
 No pagan ☐ 3 ☐  
 El hogar no cuenta con el servicio ☐ 4 ☐ → Pase a 15

**10. ¿El servicio de energía lo pagan entre varios hogares de esta u otras viviendas?**

- Sí ☐ 1 ☐ → ¿Entre cuántos hogares? ☐ ☐  
 No ☐ 2 ☐

**11. ¿Cuánto pagó este hogar la ÚLTIMA VEZ por el servicio de energía eléctrica?**

Valor \$ \_\_\_\_\_ → ¿A cuántos meses correspondió el pago? ☐ ☐

**12. ¿El valor pagado incluyó consumo por negocios de industria, comercio o servicios?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 No ☐ 2 ☐

**13. ¿Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS se han presentado cortes o suspensiones del servicio?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 No ☐ 2 ☐ → Pase a 15

**14. ¿Estos cortes o suspensiones se presentaron por:**

1. Falta de pago? ☐ 1 ☐  
 2. Fallas en el servicio? ☐ 1 ☐  
 3. Otro motivo? ☐ 1 ☐  
 4. No sabe ☐ 2 ☐

**GAS NATURAL**

**15. ¿Este hogar tiene servicio de gas natural conectado a red pública?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 No ☐ 2 ☐ → Pase a 21

**16. ¿Este hogar paga por el servicio de gas natural?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 Sí, con el arriendo ☐ 2 ☐ → Pase a 20  
 No pagan ☐ 3 ☐

**17. ¿El servicio de gas natural lo pagan entre varios hogares de esta u otras viviendas?**

- Sí ☐ 1 ☐ → ¿Entre cuántos hogares? ☐ ☐  
 No ☐ 2 ☐

**18. ¿Cuánto pagó este hogar la ÚLTIMA VEZ por el servicio de gas natural?**

Valor \$ \_\_\_\_\_ → ¿A cuántos meses correspondió el pago? ☐ ☐

**19. ¿El valor pagado incluyó consumo por negocios de industria, comercio o servicios?**

- Sí ☐ 1 ☐  
 No ☐ 2 ☐



**D. SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS Y DE TIC ( Conclusión)**  
(Para todos los hogares de la vivienda)

**20. En los ÚLTIMOS 24 MESES, ¿han realizado la revisión técnica reglamentaria (RTR)?**

Sí

No

**TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES**

**21. ¿Este hogar tiene servicio telefónico fijo?**

Sí  → ¿Cuántas líneas?

No  → Pase a 24

**22. ¿Este hogar paga por el servicio telefónico fijo?**

Sí

Sí, con el arriendo

No pagan  → Pase a 24

**23. ¿Cuánto pagó este hogar la ÚLTIMA VEZ por el servicio telefónico fijo?**

Total pagado por la(s) línea(s) telefónica(s) \$ \_\_\_\_\_ → ¿A cuántos meses correspondió el pago?

**24. ¿En este hogar tienen computador de escritorio (PC - Desktop) o portátil (laptop)?**

Sí  → ¿Cuántos?

No

**25. ¿En este hogar tienen tabletas digitales (tablets)?**

Sí  → ¿Cuántas?

No

**26. ¿El hogar tiene conexión a internet?**

Sí  →

1. Fijo (La conexión solo puede realizarse en el interior o cercanía de la vivienda, e incluye la conexión solo por WiFi)
2. Móvil (conexión mediante red celular o modem inalámbrico o USB por cualquiera de los integrantes del hogar)

Sí  No

No  → Pase a 29

**27. ¿Este hogar paga por el servicio de internet?**

Sí

Sí, con el arriendo

No pagan  → Pase a 29

**28. ¿Cuánto pagó este hogar la ÚLTIMA VEZ por el servicio de internet?**

Valor \$ \_\_\_\_\_ → ¿A cuántos meses correspondió el pago?

Las preguntas 29 a 31 las responden los hogares que en C37 en las opciones 7 u 8 respondieron Sí

**29. ¿Qué servicios usa el hogar para ver televisión?**

Solo si responde Sí en señal abierta

1. Señal abierta  → 1. Análoga Sí  No

2. Cable   
3. Satelital   
4. IPTV  → Si no marcó ninguna de estas opciones, pase a 32

**30. ¿Este hogar paga por el servicio de televisión?**

Sí

Sí, con el arriendo

No pagan  → Pase a 32

**31. ¿Cuánto pagó este hogar la ÚLTIMA VEZ por el servicio de televisión?**

Valor \$ \_\_\_\_\_ → ¿A cuántos meses correspondió el pago?

**32. ¿En el último mes pagó por el uso de alguna aplicación para ver películas, series, videos o escuchar música a través de internet?**

Sí  → ¿Cuánto pagó este hogar por el uso de estas aplicaciones en el ÚLTIMO MES? \$ \_\_\_\_\_

No

**Observaciones:**

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (Para todas las personas del hogar)

7. ¿Cuál es el parentesco de... con el o la Jefe/a de este hogar?

- Jefe/a del hogar1
- Pareja, esposo/a, cónyugue, compañero/a2
- Hijo/a, hijastro/a3
- Nieto/a4
- Padre, madre, padrastro, madrastra5
- Suegro o suegra6
- Hermano/a, hermanastro/a7
- Yerno, nuera8
- Otro/a pariente del/a Jefe/a9
- Empleado/a del servicio doméstico10
- Parientes del servicio doméstico11
- Trabajador12
- Pensionista13
- Otro/a no pariente14

Si tiene menos de 10 años pase a 10; si tiene 10 años y más, continúe

8. ¿Cuál es el estado civil actual de ... ?

- No está casado/a y vive en pareja hace menos de dos años1
- No está casado/a y vive en pareja hace dos años o más2
- Está viudo/a3
- Está separado/a o divorciado/a4
- Está soltero/a5
- Está casado/a6

Pase a 10

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

- Sí1
- No2

C.R.\*Número de orden

10. ¿Dónde vivía la madre de ... cuando ... nació?

En este municipio1

En otro municipio2

Departamento

Municipio

En otro país3¿Cuál?

Venezuela1

Estados Unidos2

Ecuador4

España4

Perú5

Otro, ¿cuál?6

Pase a 12

C.R. Departamento Municipio En otro país Otro, ¿cuál?

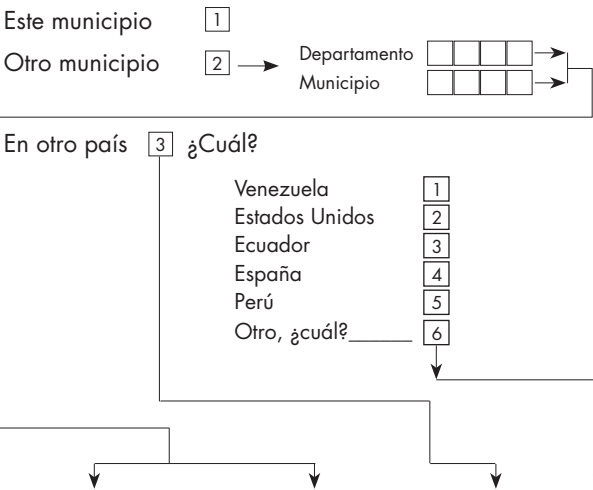
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (Para todas las personas del hogar) (Continuación)

11. ¿La madre de ... en ese momento vivía en?:

- La cabecera municipal  
(donde está la alcaldía) 1
- Parte rural (centro  
poblado, corregimiento,  
inspección, caserío,  
vereda, campo) 2

12. ¿Dónde nació...?

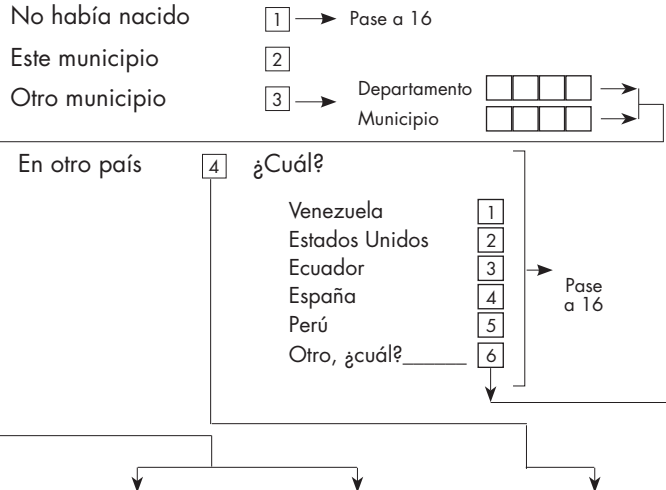


C.R. Departamento Municipio Otro país Otro, ¿cuál?

13. ¿... siempre ha vivido en este municipio?

- Sí 1 → Si tiene menos de 1 año pase a 22, de lo contrario pase a 20
- No 2

14. ¿Dónde vivía... hace 5 años?



C.R. Departamento Municipio Otro país Otro, ¿cuál?

01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (Para todas las personas del hogar) (Continuación)

15. ¿El lugar dónde vivía ...  
hace 5 años era?:

- La cabecera municipal  
(donde está la alcaldía) 1
- Parte rural (centro  
poblado, corregimiento,  
inspección, caserío,  
vereda, campo) 2

16. ¿Dónde vivía... hace 12 meses?

No había nacido 1 → Pase a 22

Este municipio 2

Otro municipio 3 → Departamento 


 Municipio 


 →

En otro país 4 ¿Cuál?

Venezuela 1

Estados Unidos 2

Ecuador 3

España 4

Perú 5

Otro, ¿cuál? 6

→ Pase a 18

C.R. Departamento Municipio Otro país Otro, ¿cuál?

17. ¿El lugar donde vivía ...  
hace 12 meses era?:

- La cabecera municipal  
(donde está la alcaldía) 1
- Parte rural (centro  
poblado, corregimiento,  
inspección, caserío,  
vereda, campo) 2
- Si 16=2 pase a 20, de lo contrario  
continúe

18. ¿Cuál fue la principal razón para venir aquí a este municipio?

- Riesgo o consecuencia de desastre natural 1
- Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física,  
ocasionada por la violencia o por persecución política 2
- Violencia intrafamiliar 3
- Motivos de salud o enfermedad 4
- Oportunidades económicas (laborales o de negocio) 5
- Oportunidades de estudio o educación 6
- Oferta en servicios de salud 7
- Matrimonio o conformación de un nuevo hogar 8
- Compra de vivienda 9
- Mejoramiento en la ubicación de su vivienda 10
- Tenía familiares, amigos o conocidos que lo recibieran  
o le ayudaran 11
- Acompañar o cuidar a otro miembro del hogar 12
- Otra razón, ¿cuál? 13
- C.R. 13. Otra razón, ¿cuál?

01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

## E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (Para todas las personas del hogar) (Continuación)

### 19. Cuando ... llegó por ÚLTIMA VEZ a este municipio, ¿quién le ayudó a instalarse en él?:

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Una o más personas de este hogar                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Familiares en este municipio                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Familiares o amigos fuera de este municipio                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Amigo/as en este municipio                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Centro local de atención a víctimas (solo para Bogotá y Soacha) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Alcaldía Municipal u otra institución pública                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otro, ¿cuál?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nadie le ayudó  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si pregunta 14 = 4 (otro país) pase a 21a, de lo contrario pase a 22

Si nadie le ayudó, las opciones 1 a 7 deben estar marcadas con No

### 20. ¿Donde vivía... , hace 12 meses en este municipio:

En este barrio o vereda ☐

Si pregunta 14 = 4 (otro país) pase a 21a, de lo contrario pase a 22

En otro barrio o vereda de este municipio ☐

¿En otra localidad? (solo para Bogotá)

Sí ☐ Localidad  
No ☐

### 21. ¿Cuál fue la principal razón para venir a este barrio o vereda?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Oportunidades económicas (laborales o de negocio) | <input type="checkbox"/> |
| Matrimonio o conformación de un nuevo hogar       | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de inseguridad                          | <input type="checkbox"/> |
| Compra de vivienda                                | <input type="checkbox"/> |
| Mejoramiento en la ubicación de la vivienda       | <input type="checkbox"/> |
| Problemas o conflictos con su pareja              | <input type="checkbox"/> |
| Acompañar a otro miembro del hogar                | <input type="checkbox"/> |
| Otra razón, ¿cuál?                                | <input type="checkbox"/> |

Si pregunta 14 = 4 (otro país) pase a 21a, de lo contrario pase a 22

7. Otro, ¿cuál?

C.R.

¿Otra localidad?

Nombre localidad

C.R.

8. Otra razón, ¿cuál?

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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					
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"/>					

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (Para todas las personas del hogar) (Continuación)

21a. ¿Tiene ... planeado irse definitivamente de este municipio en el transcurso de los próximos tres años?

Sí

1

→ ¿A dónde irá? →

A Bogotá (solo para municipios)

1

A otro municipio de Colombia

2

A otro país ¿Cuál?

3

No sabe aún

4

No

2

No sabe

3

21b. ¿Cuáles de los siguientes documentos tiene?:

	Sí	No
1. Pasaporte vigente	1	2
2. Visa vigente con permiso para trabajar	1	2
3. Visa vigente sin permiso para trabajar	1	2
4. Cédula o identificación de su país	1	2
5. Permiso especial de permanencia - PEP	1	2

Si pregunta 7 = 1 continúe, de lo contrario pase a 22

21c. ¿ ... o algún miembro de este hogar tiene intención de reunificar el grupo familiar o su red de apoyo, trayendo familiares o amigos de otro país en los próximos 12 meses?

(Solo para jefes/as de hogar)

Sí

1

No

2

No sabe

3

Observaciones:

01			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	
02			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	
03			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	
04			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	
05			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	
06			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	
07			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	
08			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	
09			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2	

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (Para todas las personas del hogar) (Continuación)

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

Indígena

1

Gitano/a (Rrom)

2

Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

3

Palenquero/a de San Basilio

4

Negro/a, mulato/a, (afrodescendiente)

5

Ninguno de los anteriores

6

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

Sí

1

→ Pase a 25

No

2

Fallecido

3

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

Básica primaria (1° - 5°)

1

□

Básica secundaria (6° - 9°)

2

□

Media (10° - 13°)

3

□

Técnico

4

□

Tecnológico

5

□

Universitario

6

□

Especialización

7

□

Maestría

8

□

Doctorado

9

□

Ninguno

10

□

No sabe

99

□

Cuántos años aprobados

C.R.

Número de orden

C.R. Nivel

Cuántos años aprobados

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

E

16

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (Para todas las personas del hogar) (Conclusión)

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

Sí 1  
No 2  
Fallecida 3

Si tiene menos de 18 años pase a capítulo F; si tiene 18 años o más pase a 27

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

Básica primaria (1° - 5°)  
Básica secundaria (6° - 9°)  
Media (10° - 13°)  
Técnico  
Tecnológico  
Universitario  
Especialización  
Maestría  
Doctorado  
Ninguno  
No sabe

Cuántos años aprobados

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
99

Si tiene menos de 18 años pase a capítulo F; si tiene 18 años o más continúe.

LEER: "A continuación, le voy a hacer unas preguntas relacionadas con su orientación sexual e identidad de género. Le mostraré unas tarjetas con las preguntas para que por favor las lea mentalmente y me indique el número que corresponde a la respuesta. Le informo que sus respuestas son confidenciales y serán usadas únicamente con fines estadísticos".

Una vez leída la anterior introducción, se deben mostrar las tarjetas para que la persona lea las preguntas e indique el número de la opción que corresponde a su respuesta.

27. ¿Cuál es su orientación sexual?

Muestre la tarjeta No. 1

Heterosexual (atracción hacia el sexo opuesto) 1  
Homosexual (atracción hacia el mismo sexo) 2  
Bisexual (atracción hacia ambos sexos) 3

Para personas de 18 años y más

28. ¿Usted se siente identificado/a con el sexo que le fue asignado al nacer?

Muestre la tarjeta No. 2

Sí 1 → Pase a capítulo F  
No 2

Para personas de 18 años y más

29. ¿Usted se reconoce cómo:

Muestre la tarjeta No. 3

Hombre trans 1  
Mujer trans 2  
Otro ¿Cuál? 3

Para personas de 18 años y más

C.R. Otro, ¿cuál?

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							



## F. SALUD (Para todas las personas del hoga)

**1. ¿.... está afiliado/a (cotizante o beneficiario(a)) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud (EPS), Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado (EPS-S), entidades de regímenes de excepción o especial)**

Sí ☐ 1  
No ☐ 2 → Pase a 3  
No sabe, no informa ☐ 9 → Pase a 11

**2. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado/a ...?:**

Contributivo ☐ 1 → Pase a 4  
Especial o de excepción (fuerzas militares y de policía, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) ☐ 2  
Subsidiado (EPS-S) ☐ 3 → Pase a 6  
No sabe, no informa ☐ 9 → Pase a 11

**3. ¿Por qué razón principal no está afiliado/a?**

Falta de dinero ☐ 1  
Muchos trámites ☐ 2  
No le interesa o descuido ☐ 3  
No sabe que debe afiliarse o cómo afiliarse ☐ 4  
No está vinculado/a laboralmente a una empresa o entidad ☐ 5 → Pase a 11  
No tiene el puntaje requerido para acceder al régimen subsidiado ☐ 6  
Por ser extranjero ☐ 7  
Está en trámite de afiliación ☐ 8  
Otra razón, ¿cuál? ☐ 9

C.R.

9. Otra razón, ¿cuál?

**4. ¿Quién paga MENSUALMENTE por la afiliación de ... ?**

	Sí	No
1. Paga una parte y otra la empresa o persona que lo/a emplea	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Le descuentan de la pensión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Paga la totalidad de la afiliación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Paga completamente la empresa o persona que le emplea o empleó	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. No paga, es beneficiario/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Si responde afirmativamente a la opción 4, o afirmativamente a la opción 5, todas las demás opciones deben ser No.

Pase a 6 si opción 4 u opción 5 es afirmativa

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

F. SALUD (Para todas las personas del hoga) (Continuación)

5. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan MENSUALMENTE a ... para estar cubierto/a por una entidad de seguridad social en salud?

Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99

6. ¿... en los ÚLTIMOS 12 MESES ha participado en acciones informativas de cuidado personal, familiar o comunitario y del ambiente que promueven la salud, realizadas por la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado/a?

Sí 1  
No 2

Si es mayor de 28 años pase a 7

6a. ¿... en los ÚLTIMOS 12 MESES ha participado en acciones preventivas realizadas por la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado/a, tales como:

	Sí	No
1. Desparasitación?	1	2
2. Vacunación?	1	2
3. Enseñanza de cepillado y aplicación de fluor o sellantes?	1	2
4. Anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual?	1	2

Solo personas menores de 18 años

Solo personas de 15 a 28 años

7. En general, considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que ... está afiliado/a es:

Muy buena	1
Buena	2
Regular	3
Mala	4
Muy mala	5
No sabe, no informa	9

Pase a 9

Pase a 9

Valor MENSUAL pagado o descontado (\$)

01			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
02			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
03			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
04			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
05			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
06			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
07			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
08			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
09			1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	

F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Continuación)

8. ¿Cuáles son los aspectos que influyen en su percepción sobre la calidad del servicio de la entidad en la cual se encuentra afiliado?

	Sí	No
1. Demora en la asignación de autorizaciones e IPS (centros médicos, hospitales, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Mala atención del personal administrativo o médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal administrativo o médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario de la IPS (centros médicos, hospitales, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. No disponibilidad o demora en la asignación de citas de la IPS (centros médicos, hospitales, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Demora en la atención por parte del personal médico el día de la cita	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Demoras o dificultades para la entrega de medicamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Otro, ¿cuál?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES ... ha tenido que cambiar de EPS por sentirse insatisfecho con el servicio prestado?

Sí	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>

10. En promedio, ¿cuánto tiempo se demora en llegar... desde su lugar de residencia a la IPS para sus consultas de medicina general?

Registre 999 para no sabe

Minutos

Observaciones:

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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/>		

## F. SALUD (Para todas las personas del hoga) (Continuación)

### 11. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros complementarios tiene...?:

	Sí	No
1. Póliza de hospitalización o cirugía	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Contrato de medicina prepagada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Contrato de plan complementario de salud con una EPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Otro (seguro estudiantil, ambulancia, tarjeta de viajero, entre otros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pase a 13 si todas las opciones son NO

### 12. ¿Cuánto paga o le descuentan a ... por concepto de este o estos planes o seguros complementarios de salud?

Valor \$ \_\_\_\_\_ Periodicidad:

Mensual	<input type="text"/>
Bimestral	<input type="text"/>
Semestral	<input type="text"/>
Anual	<input type="text"/>

Valor (\$)

Periodicidad

### 13. El estado de salud actual de ... en general es:

Muy bueno	<input type="text"/>
Bueno	<input type="text"/>
Regular	<input type="text"/>
Malo	<input type="text"/>
Muy malo	<input type="text"/>

### 14. Sin estar enfermo/a y por prevención, ¿... por lo menos una vez al año, consulta?

	Sí	No
1. Medicina general	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Medicina especializada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Odontología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Medicina alternativa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Psicología	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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"/>				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"/>				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"/>				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"/>				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"/>				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"/>				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"/>				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"/>				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"/>				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"/>

F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Continuación)

15. ¿A ... le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud:

Solo registre las enfermedades que actualmente le generan malestar, necesidad de tomar medicamentos o realizar tratamientos

	Sí	No
1. Enfermedades del sistema circulatorio, como hipertensión o problemas cardiovasculares?	1	2
2. Tumores malignos, cáncer?	1	2
3. Enfermedades mentales o del comportamiento (depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, alzheimer)?	1	2
4. Enfermedades del sistema nervioso como epilepsia, parálisis cerebral, parkinson?	1	2
5. Malformaciones congénitas como: defectos del corazón, labio leporino, Síndrome de Down?	1	2
6. Enfermedades respiratorias crónicas como: Asma, EPOC, Enfisema?	1	2
7. Enfermedades infecciosas como diarreas, infecciones respiratorias agudas graves, o de transmisión sexual?	1	2
8. Afecciones relacionadas con el embarazo, parto y el recién nacido?	1	2
9. Enfermedades de la boca, dientes o encías?	1	2
10. Enfermedades nutricionales y del metabolismo como: diabetes, obesidad o desnutrición, anemia, de la tiroides?	1	2
11. Lesiones originadas por accidentes en vía pública, hogar, trabajo, intoxicaciones?	1	2

Si responde No a todas las opciones, pase a 17

16. Para tratar esa(s) enfermedad(es) ¿... recibe atención médica periódica, asiste regularmente a una institución de salud o se hace controles?

- Sí, para todas 1  
Sí, para algunas 2  
No 3

17. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que NO haya implicado hospitalización?

- Sí 1  
No 2 → Pase a 21

18. Por este 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

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

**F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Continuación)**

**19. ¿Qué hizo principalmente ... para tratar ese problema de salud?**

- Utilizó los servicios (medicina general, especializada, odontología, terapéutica, enfermería) a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS 1
- Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (medicina general, especializada, odontología, terapéutica, enfermería) 2
- Utilizó servicios médicos particulares (medicina general, especializada, odontología, terapéutica, enfermería) 3
- Acudió a una ESE (Empresa Social del Estado), hospital o centro de salud (sin utilizar los servicios de EPS o EPSS) 4
- Acudió a una farmacia, botica o droguería 5
- Consultó a un tigua, comadrona, curandero/a, yerbatero/a 6
- Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, musicoterapia, etc.) 7
- Usó remedios caseros 8
- Se autorrecetó 9
- Nada 10

Nada

Muy mala 5

→ Pase a 21

01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		

[illegible]

## F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Continuación)

### 21. ¿Dada su condición física y mental, en su vida diaria ... tiene dificultades para realizar las siguientes actividades:

Actividad	No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad
1. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	1	2	3	4
2. Agarrar, mover objetos o usar sus brazos o manos?	1	2	3	4
3. Ver, aún usando lentes o gafas?	1	2	3	4
4. Oír, aún con audífonos medicados u otros aparatos especiales?	1	2	3	4
5. Hablar o conversar?	1	2	3	4
6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo/a?	1	2	3	4
7. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	1	2	3	4
8. Comer, vestirse o bañarse por si mismo/a?	1	2	3	4

Si contesta a todas la opción 4 "sin dificultad" pase a 25

### 22. Para estas dificultades ... ¿utiliza de manera permanente:

	Sí	No
1. Gafas, lentes, lupas, bastones, sillas de rueda, implantes cocleares, entre otros?	1	2
2. Ayuda de otras personas?	1	2
¿Por qué?		
No tiene quien le ayude 1		
No lo requiere 2		
3. Medicamentos o terapias?	1	2
4. Prácticas de medicina ancestral?	1	2

C.R.

¿por qué?

### 23. ¿Quién se ocupa principalmente del cuidado de ... ?

Una persona de este hogar, no remunerada	1 →	Número de orden	
Una persona de otro hogar, no remunerada.	2 →	1 Hombre	2 Mujer
Una persona contratada para ayudarlo	3 →	1 Hombre	2 Mujer
Una institución	4		

Pase a 25

C.R.

Número de orden

Sexo

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

**F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Continuación)**

24. ¿Quién asume el pago de la persona o de la institución que se encarga del cuidado de ...?			25. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... tuvo que ser hospitalizado/a?		26. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿cuánto gastó el hogar en total por hospitalización(es) de ... ?		27. Considera que la calidad del servicio de su última o única hospitalización fue:		28. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... acudió a un servicio de urgencias?	
<p>1. El sistema de salud (Entidad Promotora de Salud (EPS), Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado (EPS-S)) <input type="text"/></p> <p>2. El hogar o la misma persona <input type="text"/></p> <p>3. Familiar de otro hogar <input type="text"/></p> <p>4. Amigo(a)s o vecino(a)s <input type="text"/></p> <p>5. Otro, ¿cuál? <input type="text"/></p>			<p>Sí <input type="text"/> ¿Cuántas veces? <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> → Pase a 28</p>				<p>Muy buena <input type="text"/></p> <p>Buena <input type="text"/></p> <p>Regular <input type="text"/></p> <p>Mala <input type="text"/></p> <p>Muy mala <input type="text"/></p>		<p>Sí <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> → Pase a 31</p>	
C.R.	5. Otro, ¿cuál?	2. Gasto MENSUAL (\$)	C.R.	Cuántas veces	Valor (\$)					

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



**F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Continuación)**

**29. ¿... recibió atención médica de urgencias?**

Sí ☐

No 2 → Pase a 31

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

Lo atendieron inmediatamente

En máximo 30 minutos

Entre 31 minutos y una hora

Más de una hora hasta dos horas

Más de dos horas

1

2

3

4

5

**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.

**F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Continuación)**

**31. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... utilizó servicios de salud para:**

C.R.		Valor (\$)
<p>1. Consulta de medicina general?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuánto gastó el hogar en la consulta? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		
<p>2. Consulta médica con especialista?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuánto gastó el hogar en la consulta? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		
<p>3. Consulta o tratamiento odontológico?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuánto gastó el hogar por la consulta o tratamiento? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		
<p>4. Vacunas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuánto gastó el hogar por la(s) vacuna(s)? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		
<p>5. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuánto gastó el hogar por esos servicios? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		
<p>6. Terapias alternativas (hemoterapia, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → ¿Cuánto gastó el hogar por esos servicios? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		
C.R.		Valor (\$)

[illegible]

**F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Continuación)**

**31. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... utilizó servicios de salud para:**

7. Servicios de psicología o psiquiatría?

Sí ☐ → ¿Cuánto gastó el hogar por esos servicios?

No ☐ \$ \_\_\_\_\_

8. Servicios de terapia física, lenguaje ocupacional, respiratoria, visual?

Sí  → ¿Cuánto gastó el hogar por esos servicios?

No  \$\_\_\_\_\_

Valor (\$)

07				
08				
09				

## 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.

F. SALUD (Para todas las personas del hoga) (Continuación)

32. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuánto gastó el hogar en medicamentos para... ?

Si el hogar no gastó registre 00

33. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿para ... el hogar tuvo gastos por:

1. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, entre otros)?

Sí 1  
No 2

2. Cirugías o procedimientos quirúrgicos ambulatorios (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)?

Sí 1  
No 2

Si tiene menos de 10 años pase a la pregunta 43. Si tiene 10 años o más continúe.

34. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántas veces por semana ... practicó deporte, hizo ejercicio o realizó actividad física por 30 minutos continuos o más?

Por favor piense en todas las actividades físicas que realiza en su vida cotidiana que le exigen un esfuerzo adicional y elevan su ritmo cardiaco y respiratorio, como si estuviera haciendo ejercicio o deporte.

3 o más veces por semana

1

1 a 2 veces por semana

2

Menos de una vez a la semana

3

No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes

4

Pase a 36

Valor (\$)

C.R.

Valor (\$)

C.R.

Valor (\$)

01

02

03

04

05

06

07

08

09

## F. SALUD (Para todas las personas del hoga) (Continuación)

**35. ¿Cuál fue la razón principal para que ... no practicara deporte ni tuviera actividad física en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

- Su salud no se lo permite ☐ 1
- No le interesa o no le motiva ☐ 2
- No tuvo tiempo ☐ 3
- No tiene lugares donde hacerlo o son inseguros ☐ 4
- No le alcanza el dinero para hacerlo ☐ 5
- Otra razón ☐ 6

**36. ¿... ha fumado al menos un cigarrillo en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

- Sí, ocasionalmente ☐ 1
- Sí, todos los días ☐ 2
- ¿Cuántos cigarrillos al día? →

No ☐ 3

Si es mujer y tiene entre 10 y 14 años pase a 38. Si es hombre y tiene entre 10 y 14 años pase a 43. Si tiene 15 años o más pase a 37.

C.R. ¿Cuántos cigarrillos al día?

**37. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿a ... le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos?:**

Pregunte teniendo en cuenta el sexo y edad de la persona

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1. Citología vaginal<br>(mujeres de 15 años o más)    | 4. Toma de tensión arterial<br>(personas de 15 años o más)                       | 7. Exámenes de ojos<br>(personas de 15 años o más) |
| Sí <input type="checkbox"/> 1                         | Sí <input type="checkbox"/> 1  | Sí <input type="checkbox"/> 1                      |
| No <input type="checkbox"/> 2                         | No <input type="checkbox"/> 2  | No <input type="checkbox"/> 2                      |
| 2. Mamografía<br>(mujeres de 40 años o más)           | 5. Examen VIH<br>(personas de 15 años o más)                                     |  |
| Sí <input type="checkbox"/> 1                         | Sí <input type="checkbox"/> 1  |  |
| No <input type="checkbox"/> 2                         | No <input type="checkbox"/> 2  |  |
| 3. Exámenes de próstata<br>(hombres de 40 años o más) | 6. Exámenes de triglicéridos, colesterol,<br>glucosa (personas de 15 años o más) |  |
| Sí <input type="checkbox"/> 1                         | Sí <input type="checkbox"/> 1  |  |
| No <input type="checkbox"/> 2                         | No <input type="checkbox"/> 2  |  |

Si es mujer de 15 años o más, continúe. Si es hombre entre 15 y 49 años pase a 41.  
Si es hombre mayor de 49 años pase a 43.

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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

## F. SALUD (Para todas las personas del hoga) (Continuación)

### 38. ¿... ha estado embarazada?

Para mujeres de 10 años y más

Sí ☐ 1 → ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? \_\_\_\_\_

Solo si ha tenido hijos nacidos vivos

¿A qué edad tuvo su primer hijo? \_\_\_\_\_

No ☐ 2 → Si tiene entre 10 y 14 años o es mayor de 49 años pase a 43. Si tiene entre 15 y 49 años pase a 41.

### 38a. ¿... está embarazada actualmente?

Solo para mujeres de 10 a 49 años que hayan respondido Sí en 38

Sí ☐ 1 → Pase a 39

No ☐ 2 → Si tiene entre 10 y 14 años pase a 43. Si tiene entre 15 y 49 años pase a 41.

### 39. ¿Asiste a control prenatal?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

### 40. ¿Durante este embarazo ha consumido suplementos vitamínicos (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio, etc.)?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

### 41. ¿...conoce o ha oído hablar de algún método para prevenir o postergar el embarazo?

Solo para personas de 15 a 49 años

Sí ☐ 1

No ☐ 2

### 42. ¿Usted o su pareja usa algún método anticonceptivo para prevenir o postergar un embarazo?

Solo para personas de 15 a 49 años

Sí ☐ 1

No ☐ 2

No tiene pareja o no ha iniciado su vida sexual ☐ 3

### 43. ¿... fue diagnosticado con coronavirus (COVID-19)?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

C.R. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

**F. SALUD (Para todas las personas del hogar) (Conclusión)**

**44. ¿A raíz de las medidas tomadas por la pandemia del coronavirus (COVID-19) a .... se le presentó alguna de las siguientes situaciones?**

	Sí	No
1. Perdió citas médicas o exámenes de control	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Se aplazaron cirugías, tratamientos u otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Dejó de recibir o tuvo atrasos o interrupciones en la recepción de medicamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Presentó crisis de ansiedad, miedo, preocupación, depresión	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Sintió que su estado de salud empeoró	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Otra ¿cual? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si es menor de 5 años continúe al capítulo G. Si tiene 5 años o más, pase al capítulo H.

	C.R.	6. Otra ¿cuál?

01	1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 5. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 6. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
02	1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 5. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 6. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
03	1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 5. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 6. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													

04	1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 5. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 6. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
05	1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 5. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 6. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
06	1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 5. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table> 6. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													
1	2													

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"/> 6. <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"/> 6. <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"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/>	

**Observaciones:**

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical margin lines, and the page is completely blank except for the lines themselves.

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

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

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

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

- No hay una institución cercana ☐ 1
- Es muy costoso ☐ 2
- No encontró cupo ☐ 3
- Prefiere que no asista ☐ 4
- Tiene un/a familiar en la casa que lo/a cuida ☐ 5 → Pase a 13
- Considera que no está en edad de asistir ☐ 6
- Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana ☐ 7
- Otra razón, ¿cuál? ☐ 8

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

- Hogar comunitario de Bienestar Familiar ☐ 1
- Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar ☐ 2
- Jardín infantil de la Secretaría Distrital de Integración Social (solo para Bogotá) ☐ 3
- Centro de Desarrollo Infantil oficial (CDI) ☐ 4
- Jardín o colegio oficial ☐ 5
- Jardín o colegio privado ☐ 6

### 4. ¿Quién lleva usualmente a... al establecimiento al que asiste?

- El padre ☐ 1
- La madre ☐ 2
- Otra persona de 18 años y más ☐ 3
- Otra persona menor de 18 años ☐ 4
- Transporte escolar ☐ 5
- Nadie, va solo/a ☐ 6

### 5. ¿Quién recoge usualmente a... en el establecimiento al que asiste?

- El padre ☐ 1
- La madre ☐ 2
- Otra persona de 18 años y más ☐ 3
- Otra persona menor de 18 años ☐ 4
- Transporte escolar ☐ 5
- Nadie, va solo/a ☐ 6

C.R.	8. Otro, ¿cuál?	1. ¿Cuántas horas a la semana?	C.R.	8. Otra, ¿cuál?	7. ¿Cuántas horas a la semana?
------	-----------------	--------------------------------	------	-----------------	--------------------------------

01								
02								
03								

04								
05								
06								

07								
08								
09								



G. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (Continuación)

6. ¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida al establecimiento al que asiste?

Registre 999 para no sabe

7. Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó matrícula para ...?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

8. Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó uniformes para ...?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

9. Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó libros, útiles escolares y elementos de aseo para ... ?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

10. ¿Este hogar paga pensión o cuota de participación para ... ?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

11. ¿Este hogar paga transporte para ... ?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

12. ¿Este hogar paga al establecimiento alimentación para ... ?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

Minutos	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

G. 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

14. ¿Este hogar paga por el desayuno o almuerzo que... recibe?

- ☐ 1 Sí, completamente
- ☐ 2 Sí, un pago simbólico → Valor MENSUAL \$ \_\_\_\_\_
- ¿Si tuviera que comprar la alimentación en otra parte, cuánto pagaría al MES por lo que recibe? \$ \_\_\_\_\_
- ☐ 3 No paga → ¿Si tuviera que comprar el desayuno o almuerzo en otra parte, cuánto pagaría al MES por lo que recibe? \$ \_\_\_\_\_
- ☐ 4 No paga, lo recibe o lo lleva del hogar

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

15. ¿Recibe o toma... refrigerio en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo ENTRE SEMANA?

Sí ☐ 1  
No ☐ 2 → Pase a 17

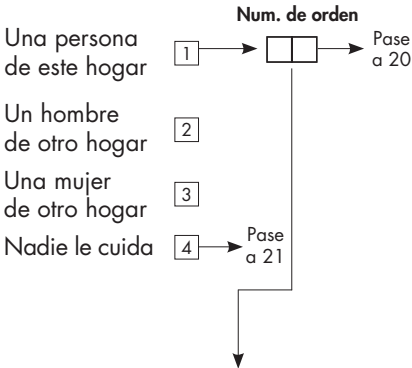
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

G. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (Continuación)

16. ¿Este hogar paga por el refrigerio que ... recibe?

- ☐ 1 Sí, completamente
- ☐ 2 Sí, un pago simbólico
- Valor MENSUAL \$ \_\_\_\_\_
- ¿Si tuviera que comprar el refrigerio en otra parte, cuánto pagaría al MES por lo que recibe? \$ \_\_\_\_\_
- ☐ 3 No paga
- ¿Si tuviera que comprar el refrigerio en otra parte, cuánto pagaría al MES por lo que recibe? \$ \_\_\_\_\_
- ☐ 4 No paga, lo recibe o lo lleva del hogar

17. ¿Quién se encarga principalmente del cuidado de ... después de asistir al hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o en el sitio en el que permanece la mayor parte del tiempo ENTRE SEMANA?



18. ¿Cuántos años tiene esta persona?

19. ¿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 (con o sin título) ☐ 6
- Algunos años de universidad ☐ 7
- Universitaria completa (con título) ☐ 8
- Posgrado ☐ 9
- Ninguno ☐ 10
- No sabe ☐ 99

		2.		3.			
C.R.		a. Valor MENSUAL (\$)	b. Valor MENSUAL estimado (\$)	a. Valor MENSUAL estimado (\$)	C.R.	Número de orden	Años

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

## G. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (Continuación)

### 20. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza esta persona con ...?:

	Sí	No
1. Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Contarle cuentos o relatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pintar o realizar actividades plásticas o manualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cantar o tocar algún instrumento musical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bailar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Realizar juegos y rondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Salir al parque o zonas verdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ver televisión o películas en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Realizar alguna actividad física o deportiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hacer tareas o estudiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Juegos o actividades con dispositivos electrónicos (computador, tablet, consolas de videojuegos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Otra, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Otra, ¿cuál?

### 21. ¿Llevaron a ... a control de crecimiento y desarrollo?

Sí ☐ → Cuántas veces lo llevaron en los ÚLTIMOS 12 MESES: → Pase a 23

No ☐

Veces que lo llevaron en los ÚLTIMOS 12 MESES

C.R.

### 22. ¿Cuáles fueron las razones para no llevar a ... a controles de crecimiento y desarrollo?

1. No considera que sea necesario llevarlo/a a consulta	<input type="checkbox"/>
2. La consulta es muy cara, no tiene plata	<input type="checkbox"/>
3. El lugar donde lo/a atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca	<input type="checkbox"/>
4. No han citado o programado a los niños o niñas a esta consulta por parte de la EPS (Empresa Promotora de Salud) o EPS-S (Empresa Promotora de Salud del régimen Subsidiado)	<input type="checkbox"/>
5. No pudo dejar el trabajo o no tuvo tiempo	<input type="checkbox"/>
6. Atienden muy mal	<input type="checkbox"/>
7. No consiguió cita cercana en el tiempo	<input type="checkbox"/>
8. Fue, pero no lo/a atendieron	<input type="checkbox"/>
9. Los trámites en la EPS (Entidad Promotora de Salud), EPS-S (Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado) o IPS son muy complicados	<input type="checkbox"/>
10. No está afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud	<input type="checkbox"/>
11. Otra razón, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>

11. Otra, ¿cuál?

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"/>				<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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <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"/>	

G. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (Conclusión)

23. ¿En las ÚLTIMAS 2 SEMANAS ... ha tenido:

1. Tos?

Sí 1

No 2
2. Dificultad al respirar (respiración rápida, asfixia, hundimiento de costillas, ruido al respirar, hervidera de pecho)?

Sí 1

No 2
3. Fiebre?

Sí 1

No 2
4. Diarrea?

Sí 1

No 2

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

- Sí 1
- No 2

TERMINE LA ENCUESTA PARA ESTA PERSONA

Observaciones:

01	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
02	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
03	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
04	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
05	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
06	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
07	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
08	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	
09	1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2	

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

<b>1. ¿... sabe leer y escribir?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	<b>2. ¿... actualmente estudia (asiste al preescolar, escuela, colegio, o universidad)?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 6 No <input type="checkbox"/> 2 → Si tiene 35 años o más pase a 4, o de lo contrario continúe.	<b>3. ¿Cuál es la principal razón para que ... no estudie?</b>  Considera que no está en edad de estudiar <input type="checkbox"/> 1 Considera que ya terminó <input type="checkbox"/> 2 Costos educativos elevados o falta de dinero <input type="checkbox"/> 3 Labores de la finca donde vive <input type="checkbox"/> 4 → Solo para rural Debe encargarse de las labores domésticas o del cuidado de niño/as y otras personas del hogar (adultos mayores, con discapacidad, etc.) <input type="checkbox"/> 5 Necesita trabajar o buscar trabajo <input type="checkbox"/> 6 No le gusta o no le interesa el estudio <input type="checkbox"/> 7 Se casó o formó pareja <input type="checkbox"/> 8 No existe centro educativo cercano <input type="checkbox"/> 9 Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10	<b>4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y el último año o grado aprobado en este nivel?</b> <table><thead><tr><th></th><th>Nivel</th><th>Ultimo año o grado aprobado</th><th></th><th>Nivel</th><th>Ultimo año o grado aprobado</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ninguno</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td rowspan="9">Pase a 27</td><td>Especialización incompleta (sin título)</td><td><input type="checkbox"/> 10</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Preescolar</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Especialización completa (con título)</td><td><input type="checkbox"/> 11</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Básica primaria (1.º-5.º)</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Maestría incompleta (sin título)</td><td><input type="checkbox"/> 12</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Básica secundaria (6.º-9.º)</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td>Maestría completa (con título)</td><td><input type="checkbox"/> 13</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Media (10.º-13.º)</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td>Doctorado incompleto (sin título)</td><td><input type="checkbox"/> 14</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Técnico</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td>Doctorado completo (con título)</td><td><input type="checkbox"/> 15</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Tecnológico</td><td><input type="checkbox"/> 7</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Universitaria incompleta (sin título)</td><td><input type="checkbox"/> 8</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Universitaria completa (con título)</td><td><input type="checkbox"/> 9</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Nivel	Ultimo año o grado aprobado		Nivel	Ultimo año o grado aprobado	Ninguno	<input type="checkbox"/> 1	Pase a 27	Especialización incompleta (sin título)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	Preescolar	<input type="checkbox"/> 2	Especialización completa (con título)	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	Básica primaria (1.º-5.º)	<input type="checkbox"/> 3	Maestría incompleta (sin título)	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	Básica secundaria (6.º-9.º)	<input type="checkbox"/> 4	Maestría completa (con título)	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	Media (10.º-13.º)	<input type="checkbox"/> 5	Doctorado incompleto (sin título)	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	Técnico	<input type="checkbox"/> 6	Doctorado completo (con título)	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	Tecnológico	<input type="checkbox"/> 7				Universitaria incompleta (sin título)	<input type="checkbox"/> 8				Universitaria completa (con título)	<input type="checkbox"/> 9			
	Nivel	Ultimo año o grado aprobado		Nivel	Ultimo año o grado aprobado																																																		
Ninguno	<input type="checkbox"/> 1	Pase a 27	Especialización incompleta (sin título)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>																																																		
Preescolar	<input type="checkbox"/> 2		Especialización completa (con título)	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>																																																		
Básica primaria (1.º-5.º)	<input type="checkbox"/> 3		Maestría incompleta (sin título)	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>																																																		
Básica secundaria (6.º-9.º)	<input type="checkbox"/> 4		Maestría completa (con título)	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>																																																		
Media (10.º-13.º)	<input type="checkbox"/> 5		Doctorado incompleto (sin título)	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>																																																		
Técnico	<input type="checkbox"/> 6		Doctorado completo (con título)	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>																																																		
Tecnológico	<input type="checkbox"/> 7																																																						
Universitaria incompleta (sin título)	<input type="checkbox"/> 8																																																						
Universitaria completa (con título)	<input type="checkbox"/> 9																																																						
C.R.	10. Otra razón, ¿cuál?	C.R.	Último año o grado aprobado																																																				

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

H. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (Continuación)

<div>5.¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</div> <div>Pase a 27</div>	<div>6.¿En qué nivel está matriculado/a ... y qué grado o año cursa?</div> <table><tr><td></td><td>Nivel</td><td>Grado o año que cursa</td></tr><tr><td></td><td>Preescolar</td><td><div>1</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Básica primaria (1.º-5.º)</td><td><div>2</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Básica secundaria (6.º- 9.º)</td><td><div>3</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Media (10º - 13º)</td><td><div>4</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Técnico</td><td><div>5</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Tecnológico</td><td><div>6</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Universitario</td><td><div>7</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Especialización</td><td><div>8</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Maestría</td><td><div>9</div><div></div></td></tr><tr><td></td><td>Doctorado</td><td><div>10</div><div></div></td></tr></table> <div>Pase a 8</div>		Nivel	Grado o año que cursa		Preescolar	<div>1</div> <div></div>		Básica primaria (1.º-5.º)	<div>2</div> <div></div>		Básica secundaria (6.º- 9.º)	<div>3</div> <div></div>		Media (10º - 13º)	<div>4</div> <div></div>		Técnico	<div>5</div> <div></div>		Tecnológico	<div>6</div> <div></div>		Universitario	<div>7</div> <div></div>		Especialización	<div>8</div> <div></div>		Maestría	<div>9</div> <div></div>		Doctorado	<div>10</div> <div></div>	<div>7.¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</div> <div>Pase a 11</div>	<div>8. ¿... es beneficiario/a de alguno de los siguientes programas o subsidios?:</div> <table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td>1. Transporte en rutas de la Secretaría de Educación del Distrito (solo para Bogotá)</td><td><div>1</div><div></div></td><td><div>2</div><div></div></td></tr><tr><td>2. Subsidio educativo en dinero de Familias en Acción</td><td><div>1</div><div></div></td><td><div>2</div><div></div></td></tr><tr><td>3. Subsidio educativo de la alcaldía</td><td><div>1</div><div></div></td><td><div>2</div><div></div></td></tr><tr><td>4. Subsidio de transporte de la alcaldía</td><td><div>1</div><div></div></td><td><div>2</div><div></div></td></tr><tr><td>5. Subsidio educativo de la gobernación de Cundinamarca</td><td><div>1</div><div></div></td><td><div>2</div><div></div></td></tr></table> <div>Solo para municipios diferentes a Bogotá</div>		Sí	No	1. Transporte en rutas de la Secretaría de Educación del Distrito (solo para Bogotá)	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>	2. Subsidio educativo en dinero de Familias en Acción	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>	3. Subsidio educativo de la alcaldía	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>	4. Subsidio de transporte de la alcaldía	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>	5. Subsidio educativo de la gobernación de Cundinamarca	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>	<div>9.¿Este hogar paga por... pensión en el establecimiento educativo? (no incluya transporte, ni alimentación)</div> <table><tr><td>Sí</td><td><div>1</div><div></div></td></tr><tr><td>No</td><td><div>2</div><div></div></td></tr></table> <div>Valor MENSUAL pagado (\$)</div>	Sí	<div>1</div> <div></div>	No	<div>2</div> <div></div>
	Nivel	Grado o año que cursa																																																									
	Preescolar	<div>1</div> <div></div>																																																									
	Básica primaria (1.º-5.º)	<div>2</div> <div></div>																																																									
	Básica secundaria (6.º- 9.º)	<div>3</div> <div></div>																																																									
	Media (10º - 13º)	<div>4</div> <div></div>																																																									
	Técnico	<div>5</div> <div></div>																																																									
	Tecnológico	<div>6</div> <div></div>																																																									
	Universitario	<div>7</div> <div></div>																																																									
	Especialización	<div>8</div> <div></div>																																																									
	Maestría	<div>9</div> <div></div>																																																									
	Doctorado	<div>10</div> <div></div>																																																									
	Sí	No																																																									
1. Transporte en rutas de la Secretaría de Educación del Distrito (solo para Bogotá)	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>																																																									
2. Subsidio educativo en dinero de Familias en Acción	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>																																																									
3. Subsidio educativo de la alcaldía	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>																																																									
4. Subsidio de transporte de la alcaldía	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>																																																									
5. Subsidio educativo de la gobernación de Cundinamarca	<div>1</div> <div></div>	<div>2</div> <div></div>																																																									
Sí	<div>1</div> <div></div>																																																										
No	<div>2</div> <div></div>																																																										
Número de años	C.R.	Grado o año que cursa	Número de años	C.R.	Valor MENSUAL pagado (\$)																																																						

01				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		
02				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		
03				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		
04				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		
05				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		
06				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		
07				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		
08				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		
09				1. <div>1</div> <div>2</div>	2. <div>1</div> <div>2</div>	3. <div>1</div> <div>2</div>	4. <div>1</div> <div>2</div>	5. <div>1</div> <div>2</div>		

H. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (Continuación)

10. ¿Este hogar tiene que pagar por transporte escolar para...?

Sí 1 →  
No 2

11. El establecimiento donde estudia ... es:

Oficial 1  
No oficial 2  
Con subsidio del Estado 1  
Sin subsidio 2

12. ¿El establecimiento donde ... estudia está ubicado en:

Este municipio 1  
Fuera de este municipio 2 → Pase a 15

Si es Bogotá y H6 = 1 a 4 (preescolar a media), continúe.  
Si es Bogotá y H6 = 5 a 10 (educación superior), pase a pregunta 14. Si es otro municipio pase a 15

13. ¿En qué localidad está ubicado?

Si no sabe la localidad pase a 15

14. ¿Cuál es el nombre del establecimiento educativo?

Si H6 = 1 a 4 pase a pregunta 16. Si H6 = 5 a 10, pase a 17

	C.R.	Valor MENSUAL pagado (\$)	C.R.	Subsidio del Estado	C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código	Localidad	Nombre del establecimiento educativo
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											



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

<b>15. El establecimiento educativo está ubicado en:</b>  El centro urbano donde está la alcaldía <span style="float: right;">1</span>  Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <span style="float: right;">2</span>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Si H6 = 5 a 10, pase a 17, de lo contrario continúe</div>	<b>16. ¿Principalmente en cuál jornada estudia?</b>  Mañana <span style="float: right;">1</span> Tarde <span style="float: right;">2</span> Nocturna y/o fines de semana <span style="float: right;">3</span> Única, completa o durante el día <span style="float: right;">4</span>	<b>17. En un trayecto normal a su sitio de estudio, ¿cuáles medios de transporte utiliza ...:</b>  <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Transmilenio?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Buses del SITP?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Bus buseta o colectivo?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Automóvil de uso particular?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Taxi?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Motocicleta?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Bicicleta?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Ruta escolar?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. A pie?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Bus intermunicipal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Bicitaxi o mototaxi?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. Transporte en vehículos particulares a través de plataformas o aplicaciones?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13. Vehículo, patineta, bicicleta o moto eléctricos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14. Caballo? (solo para municipios y Bogotá rural)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15. Otro?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16. No se desplaza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">             Si no se desplaza todas las demás opciones deben ser No              Pase a 19         </div>		Sí	No	1. Transmilenio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Buses del SITP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Bus buseta o colectivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Automóvil de uso particular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Taxi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Motocicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Bicicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Ruta escolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. A pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Bus intermunicipal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Bicitaxi o mototaxi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Transporte en vehículos particulares a través de plataformas o aplicaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Vehículo, patineta, bicicleta o moto eléctricos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Caballo? (solo para municipios y Bogotá rural)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. No se desplaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>18. ¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida a su sitio de estudio (incluya tiempo de espera del medio de transporte y el tiempo en todos los medios utilizados)?</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Registre 999 para no sabe</div>	<b>19. ¿Recibe ... en el establecimiento educativo, alimentos (desayunos, medias nueves, refrigerios, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?</b>  Sí <span style="float: right;">1</span> No <span style="float: right;">2</span>  <div style="text-align: center;">             ↓  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">C.R.</th> <th style="width: 20%;">Valor DIARIO pagado (\$)</th> <th style="width: 20%;">Valor DIARIO estimado (\$)</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> </div>	C.R.	Valor DIARIO pagado (\$)	Valor DIARIO estimado (\$)			
	Sí	No																																																											
1. Transmilenio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
2. Buses del SITP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
3. Bus buseta o colectivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
4. Automóvil de uso particular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
5. Taxi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
6. Motocicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
7. Bicicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
8. Ruta escolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
9. A pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
10. Bus intermunicipal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
11. Bicitaxi o mototaxi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
12. Transporte en vehículos particulares a través de plataformas o aplicaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
13. Vehículo, patineta, bicicleta o moto eléctricos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
14. Caballo? (solo para municipios y Bogotá rural)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
15. Otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
16. No se desplaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
C.R.	Valor DIARIO pagado (\$)	Valor DIARIO estimado (\$)																																																											

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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

H. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (Continuación)

20. Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó:

1. Matrícula para...?	2. Libros, útiles escolares, uniformes y elementos de aseo para ...?	3. Mantenimiento de equipos, aula virtual, sistematización de calificaciones para ...?	4. Cursos o actividades complementarias dentro del establecimiento educativo (artísticas, deportivas) para ...?
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
C.R.	Valor pagado (\$)	C.R.	Valor pagado (\$)

21. ¿El MES PASADO el hogar gastó en útiles (papel, lápices, cuadernos, etc.), material escolar o fotocopias para ... ?

Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	No incluya el valor registrado en H20 opción 2
C.R.	Valor (\$)

22. Durante ESTE AÑO ¿el hogar realizó otros pagos como: rifas, bingos, salidas pedagógicas o de campo, etc. en el establecimiento educativo para ... ?

Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
C.R.	Valor (\$)

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

Sí <input type="checkbox"/> 1				
<input type="checkbox"/> 1 Sí, en dinero Valor \$ _____				
<input type="checkbox"/> 2 Sí, en especie Valor estimado \$ _____				
No <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 25				
	1. En dinero		2. En especie	
C.R.	Valor (\$)	Frecuencia	Valor estimado (\$)	Frecuencia

**Frecuencia**

Mensual ☐ 1  
Bimestral ☐ 2  
Semestral ☐ 3  
Anual ☐ 4

**Frecuencia**

Mensual ☐ 1  
Bimestral ☐ 2  
Semestral ☐ 3  
Anual ☐ 4

01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			

H. EDUCACIÓN (Para personas de 5 años y más) (Continuación)

24. ¿De quién(es) recibió el subsidio o la beca para estudiar?

1. Del mismo establecimiento educativo

2. Del gobierno nacional

3. Del gobierno departamental

4. Del gobierno distrital o municipal

5. Del ICETEX

6. De otra entidad pública

7. De la empresa pública donde usted o un/a familiar trabajan

8. De la empresa privada donde usted o un/a familiar trabajan

9. De la caja de compensación familiar

10. De otra entidad privada
- 1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

25. Durante ESTE AÑO escolar, ¿... ha recibido crédito educativo?

Sí

1

→

Valor \$

Frecuencia

Mensual

Bimestral

Semestral

Anual

1

2

3

4

No

2

→

Pase a 27

26. ¿De quién(es) recibió ... el crédito educativo?

1. Del mismo establecimiento educativo

2. Del ICETEX

3. De un banco o corporación

4. Del gobierno distrital o municipal

5. De otra entidad pública

6. De la empresa pública donde usted o un/a familiar trabajan

7. De la empresa privada donde usted o un/a familiar trabajan

8. De un/a familiar

9. De otra entidad, ¿cuál?
- 1

1

1

1

1

1

1

1

1

C.R.	Valor (\$)	Frecuencia	9. De otra entidad, ¿cuál?
01	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9
02	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9
03	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9
04	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9
05	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9
06	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9
07	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9
08	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9
09	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9

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

### 27. En su tiempo libre, ¿cuáles de las siguientes actividades realizó ... en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?

	Sí	No
1. Fue a la ciclovía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asistió a eventos deportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asistió a espectáculos de teatro, danza, música en vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Asistió a exposiciones de arte o museos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Asistió a bibliotecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fue a cine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leyó libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fue a fiestas, discotecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Salió a comer con amigos o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fue a zonas verdes o parques públicos de acceso libre y gratuito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Visitó parques de diversión o centros interactivos (como Maloka, Salitre mágico, Jaime Duque, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pasear o caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 28. Durante la SEMANA PASADA, ¿cuántas horas dedicó ... a:

1. Ver televisión?	2. Jugar video-juegos, chatear o navegar en internet por diversión?	3. Dormir?	4. Actividades de refuerzo académico (solo para personas estudiando)?	5. Actividades artísticas?	6. Actividades deportivas o de ejercicio físico?	7. Leer libros, revistas, periódicos, blogs, foros (impreso o digital)
Si tiene menos de 18 años continúe; si tiene 18 años o más pase a 32						
Lunes a viernes	Sábado a domingo	Lunes a viernes	Sábado a domingo	Lunes a viernes	Sábado a domingo	Lunes a viernes
Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas

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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <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"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		

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

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

Una persona de este hogar  → Número de orden → Pase a la pregunta 33

Una persona de otro hogar  → Hombre  →  
Mujer  →

Una institución  →  
Permanece solo  → Pase a la pregunta 33

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

**31. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?**

- Algunos años de primaria
- Toda la primaria
- Algunos años de secundaria
- Toda la secundaria
- Uno o más años de técnica o tecnológica
- Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
- Algunos años de universidad
- Universitaria completa (con título)
- Posgrado
- Ninguno
- No sabe

Pase a la pregunta 33

**32. Durante el PRESENTE AÑO, ... ha sido discriminado/a, molestado/a, o le han hecho sentir mal por alguno de los siguientes motivos:**

- |  | Sí                             | No                             |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Por su raza u origen étnico   | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 2. Por ser hombre o mujer  | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 3. Por ser de los sectores LGBTI   | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 4. Por sus creencias religiosas  | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 5. Por su peso, tamaño o apariencia física   | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 6. Por sentirse identificado con algún grupo como metaleros, <i>skinhead</i> , emos, entre otros | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 7. Por su condición económica y social   | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 8. Por su origen campesino   | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 9. Por ser extranjero  | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |

C.R. 1. Número de orden 2. Una persona de otro hogar

Años

01		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
02		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
03		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
04		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
05		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
06		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
07		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
08		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
09		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			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"/> 6. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 7. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 8. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 9. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>

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

**33. ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES ha tomado cursos virtuales (on-line) a través de internet (Open English, NextU, SENA virtual, entre otros)?**

Sí ☐ 1 → ¿Cuánto pagó por estos cursos en los ÚLTIMOS 12 MESES? \_\_\_\_\_

No ☐ 2

Si está estudiando y tiene 15 años o más continúe, de lo contrario pase a capítulo I

No 2

Si está estudiando y tiene 15 años o más continúe, de lo contrario  
pase a capítulo I

**34. En comparación a la formación que normalmente recibía antes de las medidas tomadas por efecto de la pandemia del coronavirus (COVID-19), ¿considera que la calidad de la educación en el año 2020?:**

Solo para quienes estan estudiando y tienen 15 años o más

Mejóro	<input type="checkbox"/>
Se mantuvo igual	<input type="checkbox"/>
Empeoró	<input type="checkbox"/>
No sabe	<input type="checkbox"/>

Solo para quienes estan estudiando y tienen 15 años o más

Mejóro	1
Se mantuvo igual	2
Empeoró	3
No sabe	4

Valor pagado ÚLTIMOS 12 MESES (\$)

03

05

06

08

09

[illegible]

# I. USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, TIC (Para personas de 5 años y más)

## 1. ¿Con qué frecuencia utiliza ... computador de escritorio, portátil o tableta (en cualquier lugar)?

- Todos los días de la semana ☐ 1
- Al menos una vez a la semana, pero no cada día ☐ 2
- Al menos una vez al mes, pero no cada semana ☐ 3
- Al menos una vez al año, pero no cada mes ☐ 4
- No utiliza computador de escritorio, portátil o tableta ☐ 5 → Pase a 4

## 2. ¿En cuáles de los siguientes sitios usa ... computador?:

- |                                      | Sí                         | No                         |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. En la vivienda que habita         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. En el trabajo                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. En el establecimiento educativo   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4. En un café internet o cabina      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| ¿Cuánto pagó el mes pasado? \$ _____ |                            |                            |
| Solo si opción 4 es Sí               |                            |                            |
| 5. Donde un pariente o amigo         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6. En un aula comunitaria digital    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 7. En otro sitio, ¿cuál?             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

## 3. ¿Para qué utiliza ... principalmente computador?

- Para trabajar ☐ 1
- Para estudiar ☐ 2
- Para entretenimiento ☐ 3
- Otro, ¿cuál? ☐ 4

## 4. ¿Con qué frecuencia utiliza ... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?

- Todos los días de la semana ☐ 1
- Al menos una vez a la semana, pero no cada día ☐ 2
- Al menos una vez al mes, pero no cada semana ☐ 3
- Al menos una vez al año, pero no cada mes ☐ 4
- No utiliza internet ☐ 5
- Pase a 6

## 5. ¿Por qué motivo principal ... no usa internet?

- Porque no lo conoce o no sabe usarlo ☐ 1
- Por falta de interés o porque no lo necesita ☐ 2
- Por costos ☐ 3
- Por problemas de conexión (acceso) ☐ 4
- Por restricción de los padres o adultos ☐ 5
- No lo considera seguro ☐ 6
- Otro motivo, ¿cuál? ☐ 7
- Pase a 10

4. Valor pagado el mes pasado

7. Otro sitio, ¿cuál?

C.R.

4. Otro, ¿cuál?

C.R.

7. Otro motivo, ¿cuál?

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

# I. USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, TIC (Para personas de 5 años y más) (Continuación)

## 6. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza ... para acceder a internet:

	Sí	No
1. Computador de escritorio?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
2. Computador portátil?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3. Tableta?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
4. Teléfono celular?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
5. Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
6. Televisor inteligente?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
7. Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
8. Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
8. Otro, ¿cuál?		

## 7. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede ... a internet?:

	Sí	No
1. En la vivienda que habita	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
2. En el trabajo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3. En la institución educativa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
4. En centros de acceso público gratis	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
5. En centros de acceso público con costo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
6. En la vivienda de otra persona (pariente, amigo/a, vecino/a)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
7. En desplazamiento de un sitio a otro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
8. Otro sitio, ¿cuál?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
8. Otro sitio, ¿cuál?		

## 8. Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza ... internet:

	Sí	No	
1. Obtener información (excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<p>Solo si opciones 4 y 5 son ambas negativas</p> <p>¿Cuál es la razón principal para no usar el internet en compras ni en servicios de banca electrónica?</p> <p>Falta de seguridad <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No sabe como hacerlo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No tiene cuentas bancarias, ni tarjetas débito o crédito <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Otra razón <input type="checkbox"/> 4</p>
2. Correo y mensajería	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
3. Redes sociales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
4. Comprar/ordenar productos o servicios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
5. Banca electrónica y otros servicios financieros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
6. Educación y aprendizaje	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
7. Trámites con organismos gubernamentales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
8. Actividades de entretenimiento (juegos, bajar música, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
9. Consulta de medios de comunicación (televisión, radio, periódicos, revistas, medios digitales, etc.)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
10. Trabajar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
11. Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
11. Otro, ¿cuál?			¿Cuál es la razón principal para no usar internet en compras ni banca electrónica?

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



# I. USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, TIC (Para personas de 5 años y más) (Continuación)

<b>9. Cuando se le presentan dudas o inconvenientes con el uso de dispositivos electrónicos (computador, tableta, reproductor) o internet, ¿a quién recurre?</b>  1. Soporte técnico del proveedor <input type="checkbox"/> 2. Familiares y amigos/as <input type="checkbox"/> 3. Compañeros/as de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 4. No recurre a nadie <input type="checkbox"/>	<b>10. ¿... tiene teléfono celular?</b>  Sí <input type="checkbox"/>  Teléfono celular convencional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Teléfono celular inteligente (smartphone) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  No <input type="checkbox"/> → Pase a 12		<b>11. El MES PASADO, ¿cuánto pagó ... por el servicio de telefonía celular (incluya voz y datos)?</b>  1. Líneas prepago <input type="checkbox"/> Valor MENSUAL \$ _____  2. Líneas pospago <input type="checkbox"/> Valor MENSUAL \$ _____  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             Si tiene 10 años y más pase a 13, si tiene menos de 10 años <b>TERMINE LA ENCUESTA.</b> </div>		<b>12. ¿A pesar de no tener teléfono celular, ... accede al servicio de telefonía móvil celular?</b>  Sí <input type="checkbox"/>  <b>Accede por:</b> 1. Servicio de venta de minutos <input type="checkbox"/> 2. Prestado ocasionalmente por otra persona <input type="checkbox"/>  No <input type="checkbox"/>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             Si tiene 10 años o más pase a 13, si tiene menos de 10 años <b>TERMINE LA ENCUESTA.</b> </div>		
	C.R.	Celular convencional	Celular inteligente	C.R.	1. Valor MENSUAL líneas prepago	2. Valor MENSUAL líneas pospago	C.R.

01	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## I. USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, TIC (Para personas de 5 años y más) (Conclusión)

### 13. Para comunicar o informar a su familia, amigos/as o comunidad acerca de algo... ¿cuáles medios utiliza usualmente:

	Sí	No
1. Conversación personal (cara a cara)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
2. Carta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3. Teléfono	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
4. Mensajería instantánea (Whatsapp, mensajes de texto, chats)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
5. Blog en internet	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
6. Correo electrónico	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
7. Facebook	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
8. Twitter	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
9. Instagram	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
10. Cartelera informativa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

### 14. Para obtener información de su interés... ¿cuáles medios de comunicación utiliza usualmente?

1. Expresión verbal	<input type="checkbox"/> 1
2. Carta	<input type="checkbox"/> 1
3. Teléfono	<input type="checkbox"/> 1
4. Mensajería instantánea	<input type="checkbox"/> 1
5. Internet	<input type="checkbox"/> 1
6. Correo electrónico	<input type="checkbox"/> 1
7. Facebook	<input type="checkbox"/> 1
8. Twitter	<input type="checkbox"/> 1
9. Televisión	<input type="checkbox"/> 1
10. Radio	<input type="checkbox"/> 1
11. Periódicos y revistas	<input type="checkbox"/> 1
12. Cartelera informativa	<input type="checkbox"/> 1
13. De ningún medio obtiene información	<input type="checkbox"/> 2

### Observaciones:

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

## J. PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES Y REDES SOCIALES (Para personas de 10 años y más)

### 1. De las siguiente organizaciones sociales, culturales, políticas, religiosas, productivas o gremiales ¿a cuál(es) pertenece ...?:

1. Organización religiosa, de fe o grupo de oración
2. Organización artística (música, danza, teatro, etc.)
3. Organización deportiva o de recreación
4. Asociación de padres familia, exalumnos/as
5. Cooperativa o asociación de productores o comerciantes
6. Organización ambientalista, de atención en salud o de caridad
7. Grupo o partido político
8. Organización de propiedad horizontal
9. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia
10. Asociación profesional, cámara, gremio o sindicato
11. Grupos urbanos (metaleros, skinheads, emos, entre otros)
12. Organización étnica (autoridad indígena, grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, Rrom)
13. Grupo de adultos mayores
14. Organizaciones LGBTI (lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgeneristas e Intersexuales)
15. Asociación de acueducto veredal (Solo para rural)
16. Otra organización, ¿cuál?
17. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones

1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
2 → Pase a 5

16. Otro, cuál?

### 2. En los ÚLTIMOS 12 MESES , ¿... ha participado en reuniones o ha tenido contacto con dicha/s organización(es)?

Sí 1  
No 2 → Pase a 6

### 3. Dentro de la organización a la que más tiempo le dedica, ¿... lidera, promueve o es tomador/a de decisiones?

Sí 1  
No 2

01	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
02	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
03	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
04	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
05	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
06	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
07	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
08	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			
09	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17			

## J. PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES Y REDES SOCIALES (Para personas de 10 años y más)

### 4. ¿Cuántas personas conforman esa organización?

Menos de 5 personas

1

Entre 5 y menos de 20 personas

2

Entre 20 y menos de 50 personas

3

50 personas o más

4

No sabe, no responde

9

→ Pase a 6

### 5. ¿Por qué razón principal no pertenece a alguna organización?

Porque no le genera confianza

1

Porque no conoce quién la lidera

2

Porque no conoce organizaciones

3

Porque es costoso participar

4

Porque no le interesa o no le ve utilidad

5

Porque no lo/a han invitado

6

Por falta de tiempo

7

Otra razón, ¿cuál?

8

No sabe, no responde

9

C.R.

8. Otra razón, ¿cuál?

### 6. ¿A quién recurre ... cuando tiene problemas económicos?

1. Familiares de otro hogar

1

2. Vecino/as o amigo/as

1

3. Personas del hogar

1

4. Compañero/as de trabajo

1

5. Banco, cooperativa de ahorro

1

6. Iglesia, congregación o grupo espiritual

1

7. Compraventa, prestamista o gota a gota

1

8. Otro, ¿cuál?

1

9. No tiene a quién recurrir

2

10. A nadie

3

8. Otro, ¿cuál?

### 7. ¿Quién ayuda a ... cuando tiene problemas personales?

1. Alguien del hogar

1

2. Familiares de otro hogar

1

3. Vecino/as o amigo/as

1

4. Un/a profesional especializado/a

1

5. Compañero/as de trabajo

1

6. Iglesia, congregación o grupo espiritual

1

7. No tiene quien le ayude

2

8. Nadie, lo soluciona solo

3

Si tiene 15 años o más continúe;  
de lo contrario, termine capítulo

01			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>
02			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>
03			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>
04			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>
05			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>
06			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>
07			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>
08			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>
09			<div>1 2 3 4 5</div> <div>6 7 8 9 10</div>		<div>1 2 3 4 5 6 7 8</div>

## J. PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES Y REDES SOCIALES (Para personas de 10 años y más) (Conclusión)

8. En una escala de 0 a 10, donde 0 es "nada satisfecho" y 10 es "muy satisfecho", ¿qué tan satisfecho está usted con ...

Su vida?  1 \_\_\_\_\_

Su vivienda?  2 \_\_\_\_\_

Su ingreso?  3 \_\_\_\_\_

Su salud?  4 \_\_\_\_\_

Su trabajo?  5 \_\_\_\_\_

Su seguridad en los sitios que frecuenta?  6 \_\_\_\_\_

Sus amigos?  7 \_\_\_\_\_

Sus relaciones familiares?  8 \_\_\_\_\_

Su educación?  9 \_\_\_\_\_

Su posibilidad de tomar decisiones y tener control sobre su propia vida?  10 \_\_\_\_\_

Su barrio o comunidad?  11 \_\_\_\_\_

9. En una escala de 0 a 10, donde 0 es "nada feliz" y 10 "muy feliz", ¿el día de ayer qué tan feliz se sintió?

10 Muy feliz

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 Nada feliz

10. En una escala de 0 a 10, donde 0 es "nada preocupado" y 10 "muy preocupado", ¿el día de ayer qué tan preocupado se sintió?

10 Muy preocupado

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 Nada preocupado

11. En una escala de 0 a 10, donde 0 es "nada enojado" y 10 "muy enojado", ¿el día de ayer qué tan enojado se sintió?

10 Muy enojado

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 Nada enojado

12. Imagine una escalera con escalones numerados de 0 a 10, donde cero es el escalón más bajo y 10, el escalón más alto. El más alto representa la mejor vida posible para usted y el más bajo la peor vida posible para usted. ¿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	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				
02	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				
03	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				
04	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				
05	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				
06	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				
07	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				
08	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				
09	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11				

**K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más)**

**1. ¿En qué actividad ocupó ... la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA?**

- Trabajando ☐ 1 → Pase a 14  
Buscando trabajo ☐ 2  
Estudiando ☐ 3  
Oficios del hogar ☐ 4  
Incapacitado(a) permanente para trabajar ☐ 5 → Pase a 51  
Otra actividad, ¿cuál? ☐ 6

**2. Además de lo anterior, ¿... realizó la SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?**

- Sí ☐ 1 → Pase a 14  
No ☐ 2

**3. Aunque ... no trabajó la SEMANA PASADA por una hora o más en forma remunerada, ¿tenía durante esa SEMANA algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?**

- Sí ☐ 1 → Pase a 14  
No ☐ 2

**4. ¿... trabajó la SEMANA PASADA en un negocio por una hora o más, sin que le pagaran?**

- Sí ☐ 1 → Pase a 14  
No ☐ 2

**5. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?**

- Sí ☐ 1  
No ☐ 2 → Pase a 7

**6. ¿Qué hizo principalmente en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS... para conseguir un trabajo o instalar un negocio?**

- Pidió ayuda a familiares, amigos/as o colegas ☐ 1  
Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores ☐ 2  
Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios ☐ 3  
Puso o consultó avisos clasificados ☐ 4  
Se presentó a convocatorias ☐ 5 → Pase a 13  
Hizo preparativos para iniciar un negocio ☐ 6  
Utilizó el servicio público de empleo (SENA, cajas de compensación, Agencias Públicas de Empleo) ☐ 7  
Buscó en internet ☐ 8  
Otro medio, ¿cuál? ☐ 9

C.R. 6. Otra actividad, ¿cuál?

C.R. 9. Otro medio, ¿cuál?

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)

7. ¿Desea ... conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?

Sí 1  
No 2 → Pase a 51

8. Aunque ... desea trabajar, ¿por qué motivo principal no hizo diligencias para buscar un trabajo o instalar un negocio, en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

- Ya encontró trabajo
- No hay trabajo disponible en la ciudad o región/No encuentra trabajo en su oficio o profesión
- Está esperando que le llamen o esperando temporada alta
- No sabe cómo buscarlo
- Está cansado/a de buscar
- Carece de la experiencia necesaria
- No tiene recursos para instalar un negocio
- Los empleadores le consideran muy joven o muy viejo/a
- Usted se considera muy joven o muy viejo/a
- Responsabilidades familiares
- Problemas de salud
- Está estudiando
- Otro motivo, ¿cuál?

- 1 → Pase a 13
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11 → Pase a 51
- 12
- 13

9. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... trabajó por lo menos DOS SEMANAS consecutivas?

Sí 1  
No 2 → Pase a 11

10. Después de su ÚLTIMO empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?

Sí 1 → Pase a 12  
No 2 → Pase a 51

11. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?

Sí 1  
No 2 → Pase a 51

C.R. 13. Otro motivo, ¿cuál?

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)

12. ¿Cuántos meses  
hace que ... dejó  
de buscar trabajo  
por ÚLTIMA VEZ?

Solo acepte de 01 a 12

13. Si le hubiera resultado  
algún trabajo a...,  
¿estaba disponible  
la SEMANA PASADA  
para empezar a  
trabajar?

Sí ☐ 1 → Pase a 49

No ☐ 2 → Pase a 51

Número de meses

Observaciones:

01

02

03

04

05

06

07

08

09



K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)

K1. OCUPADOS

<div>14. ¿Qué hace ... en este trabajo?</div> <div>Código</div>	<div>15. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja ... ?</div>	<div>16. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que ... realiza su trabajo?</div> <div>Código</div>	<div>17. En este trabajo ... es:</div> <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 su propia finca o de finca en arriendo o aparcería</div><div>Trabajador familiar sin remuneración</div><div>Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares</div><div>Jornalero o peón</div></div> <div><div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div><div>6</div><div>7</div><div>8</div><div>9</div><div>10</div></div><div><div>Pase a 36</div><div>Pase a 38</div></div></div>
---	---	---	--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

# K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)

## K1.1 OCUPADOS: ASALARIADOS

<p><b>18. ¿Para realizar este trabajo tiene ... algún tipo de contrato?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 22</p>	<p><b>19. ¿El contrato es verbal o escrito?</b></p> <p>Verbal <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 21</p> <p>Escrito <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 → Pase a 21</p>	<p><b>20. ¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?</b></p> <p>A término indefinido <input type="checkbox"/> 1</p> <p>A término fijo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">C.R.</td> <td>Número de meses</td> </tr> </table>	C.R.	Número de meses	<p><b>21. La empresa o persona que contrató a ... ¿es la misma empresa donde trabaja o presta sus servicios?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><b>22. ¿Por qué medio principal, ... consiguió su empleo o trabajo actual?</b></p> <p>Pidió ayuda a familiares, amigos(as), colegas <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Por convocatorias <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Por el servicio público de empleo (SENA, cajas de compensación, Agencias Públicas de Empleo) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>A través de internet <input type="checkbox"/> 7</p>
C.R.	Número de meses					

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)

K1.1 OCUPADOS: ASALARIADOS

23. Antes de descuentos (salud, ARL, pensión, retención), ¿cuánto ganó ... el MES PASADO en este empleo (incluya propinas y comisiones; y excluya viáticos y pagos en especie)?

24. ¿El MES PASADO recibió ingresos por concepto de horas extras?

Sí ☐ 1 → 1.1. ¿Cuánto recibió? \$ \_\_\_\_\_  
1.2. ¿Incluyó este valor en los ingresos del MES PASADO que me reportó anteriormente? ☐ Sí ☐ No ☐  
No ☐ 2  
No sabe, no informa ☐ 9

Además del salario en dinero, el MES PASADO ... recibió:

25. ¿Alimentos como parte de pago por su trabajo?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

26. ¿Vivienda como parte de pago por su trabajo?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

27. ¿Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

	1.1.	1.2.								
	Valor MENSUAL (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	C.R.	Valor MENSUAL estimado (\$)	C.R.	Valor MENSUAL estimado (\$)	C.R.	Valor MENSUAL estimado (\$)

01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)

K1.1 OCUPADOS: ASALARIADOS

28. ¿Normalmente ... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus, automóvil), particular u oficial?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

El MES PASADO, ... recibió:

29. ¿Subsidio de alimentación en dinero?

Sí ☐ 1 → Valor \$ \_\_\_\_\_  
¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado?  
Sí ☐ 1  
No ☐ 2  
No ☐ 2

30. ¿Auxilio de transporte en dinero?

Sí ☐ 1 → Valor \$ \_\_\_\_\_  
¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado?  
Sí ☐ 1  
No ☐ 2  
No ☐ 2

31. ¿Subsidio familiar en dinero?

Sí ☐ 1 → Valor \$ \_\_\_\_\_  
¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado?  
Sí ☐ 1  
No ☐ 2  
No ☐ 2

32. ¿Subsidio educativo en dinero?

Sí ☐ 1 → Valor \$ \_\_\_\_\_  
¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado?  
Sí ☐ 1  
No ☐ 2  
No ☐ 2

33. ¿Primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero?

Sí ☐ 1 → Valor \$ \_\_\_\_\_  
¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado?  
Sí ☐ 1  
No ☐ 2  
No ☐ 2

33a. ¿Algún tipo de bonificación de carácter mensual?

Sí ☐ 1 → Valor \$ \_\_\_\_\_  
¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado?  
Sí ☐ 1  
No ☐ 2  
No ☐ 2

	C.R.	Valor MENSUAL estimado (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	C.R.	Valor (\$)	C.R.	C.R.	Valor (\$)	C.R.	C.R.	Valor (\$)	C.R.	C.R.	Valor (\$)	C.R.	C.R.	Valor (\$)	C.R.

01																				
02																				
03																				

04																				
05																				
06																				

07																				
08																				
09																				

K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)  
K1.1 OCUPADOS: ASALARIADOS

34. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ... recibió:										35. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES en este trabajo... ha sufrido accidentes laborales?:	
1. ¿Prima de servicios?		2. ¿Prima de navidad?		3. ¿Prima de vacaciones?		4. ¿Viáticos permanentes y/o bonificaciones anuales?		5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?		¿Cuántos días dejó de trabajar por este motivo?	
Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1	
No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2	
C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Días
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)

K1.1 OCUPADOS: ASALARIADOS

35a. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en su trabajo:

- |  | Sí                     | No                     |
|--|------------------------|------------------------|
| 1. Ha recibido reiteradas expresiones humillantes o discriminatorias por parte de un/a superior/a, compañero/a de trabajo o subordinado/a? | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| 2. Ha recibido reiteradas amenazas de despido injustificado frente a compañero/as de trabajo por parte de un/a superior/a?                 | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| 3. Ha padecido reiteradas exposiciones públicas de hechos que pertenecen a su intimidad en espacios laborales?                             | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| 4. De acuerdo a su jornada laboral regular, le han exigido trabajar en horarios adicionales?   | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |

Después de diligenciar pase a 38

K1.2 OCUPADOS: INDEPENDIENTES

36. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de ... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO?

37. ¿A cuántos meses corresponde el pago?

Ganancia neta u honorarios netos (\$)

Número de meses

K1.3 OCUPADOS: ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACIÓN

38. ¿Cuánto tiempo lleva ... trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?

Si es menor a un año escriba 00 en número de años, si es menor a un mes escriba 00 en número de meses y en número de años

39. ¿Cuántas horas a la SEMANA trabaja normalmente ... en ese trabajo ?

Si son 40 horas o más pase a 41; si son menos de 40 horas, continúe.

1. Número de años

2. Número de meses

Número de horas

01 1.  2.  3.  4.

02 1.  2.  3.  4.

03 1.  2.  3.  4.

04 1.  2.  3.  4.

05 1.  2.  3.  4.

06 1.  2.  3.  4.

07 1.  2.  3.  4.

08 1.  2.  3.  4.

09 1.  2.  3.  4.

**K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)**  
**K1.3 OCUPADOS: ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACIÓN**

<b>40. ¿Cuál es la razón por la que trabaja normalmente menos de 40 horas a la SEMANA?</b>		<b>41. ¿Cuántas horas trabajó durante la SEMANA PASADA en este trabajo?</b>		<b>42. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la SEMANA PASADA?</b>		<b>43. ¿... está afiliado por una empresa o individualmente a una Aseguradora de Riesgos Laborales [ARL] (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?</b>		<b>44. ¿Cuántas personas incluido/a ..., tiene la empresa o negocio donde trabaja?</b>		<b>44a. ¿Dónde realiza principalmente su trabajo?</b>	
Es lo único que ha conseguido pero quiere trabajar más horas <input type="checkbox"/>		Si las horas en 41 son mayores o iguales a las horas en 39, pase a 43; si la horas en 41 son menores a las horas en 39, continúe.		Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		Trabaja solo/a <input type="checkbox"/>		En esta vivienda → Pase a 48 <input type="checkbox"/>	
Es la jornada que se ajusta a sus necesidades <input type="checkbox"/>				Festivos <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		2 a 3 personas <input type="checkbox"/>		En otras viviendas <input type="checkbox"/>	
Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/>				Vacaciones <input type="checkbox"/>				4 a 5 personas <input type="checkbox"/>		En kiosco-caseta <input type="checkbox"/>	
				Capacitación <input type="checkbox"/>				6 a 10 personas <input type="checkbox"/>		En un vehículo <input type="checkbox"/>	
				Suspensión o terminación del empleo <input type="checkbox"/>				11 a 19 personas <input type="checkbox"/>		De puerta a puerta <input type="checkbox"/>	
				Reducción de la actividad económica de la empresa <input type="checkbox"/>				20 a 30 personas <input type="checkbox"/>		Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/>	
				Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/>				31 a 50 personas <input type="checkbox"/>		Local fijo, oficina, fábrica, bodega, etc <input type="checkbox"/>	
								51 a 100 personas <input type="checkbox"/>		En el campo o área rural <input type="checkbox"/>	
								101 o más personas <input type="checkbox"/>		En una obra de construcción <input type="checkbox"/>	
										En una mina o cantera <input type="checkbox"/>	
										Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	
C.R. 3. Otra razón, ¿cuál?		Horas		C.R. 7. Otra razón, ¿cuál?				C.R. 11. Otro, ¿cuál?			

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

**K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)**  
**K1.3 OCUPADOS: ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACIÓN**

45. En un trayecto normal a su sitio de trabajo, ¿cuáles medios de transporte utiliza...:		46. ¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida al trabajo (incluya tiempo de espera del medio de transporte)?		47. El lugar donde trabaja ... está ubicado en:				
		Sí	No					
1. Transmilenio?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Este municipio <input type="checkbox"/> → Dirección _____ → Solo para Bogotá Otro municipio <input type="checkbox"/> → Departamento _____ Municipio _____ Dirección _____ → Si es Bogotá				
2. Buses del SITP?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. Bus, buseta o colectivo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. Automóvil de uso particular?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. Taxi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6. Motocicleta?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7. Bicicleta?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
8. Transporte de la empresa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
9. A pie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
10. Bus intermunicipal?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
11. Bicitaxi o mototaxi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
12. Caballo? (solo para rural Bogotá y municipios)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13. Transporte en vehículos particulares a través de plataformas o aplicaciones?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
14. Patineta, bicicleta o moto eléctricos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
15. Otro?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		Minutos		C.R.	1. Dirección (solo Bogotá)	2. Departamento	2. Municipio	2. Dirección (si es Bogotá)
01	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
02	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
03	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
04	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
05	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
06	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
07	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
08	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
09	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							



K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)  
K1. OCUPADOS: ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACIÓN

48. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el MES PASADO tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?

Sí ☐ 1 →  
No ☐ 2

48a. ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES ha trabajado bajo la modalidad de teletrabajo o trabajo en casa?

Sí ☐ 1 → ¿Por qué motivo?

- |   | Sí                         | No                         |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Por la pandemia del coronavirus (COVID-19) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Su empresa lo promueve permanentemente     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Trabaja como independiente desde su casa   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4. Otro                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

No ☐ 2

¿Cuántos días a la semana teletrabaja? \_\_\_\_\_

Pase a 52

Observaciones:

	C.R.	Valor total percibido (\$)	C.R.	1. ¿Por qué motivo?	¿Cuántos días a la semana teletrabaja?
01				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
02				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
03				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
04				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
05				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
06				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
07				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
08				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
09				1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)  
K2. DESOCUPADOS

49. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo ... buscando trabajo?

50. ¿ .... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?

1 Por primera vez → Pase a 53

2 Trabajó antes

Número de semanas

01

02

03

04

05

06

07

08

09

K2. DESOCUPADOS E INACTIVOS

51. El MES PASADO, ¿... recibió algún ingreso por concepto de trabajo?

Sí 1  
No 2

C.R.

Valor (\$)

Observaciones:

**K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)**  
**K3. OCUPADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS**

**52. En total ... ¿cuántos años tiene de experiencia laboral?**

Si no tiene experiencia laboral registre 0 (cero) en años y meses

**53. ¿Está ... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?**

Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más

Sí ☐ 1  
No ☐ 2  
Ya es pensionado ☐ 3 } Pase a 55

**54. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente?:**

Colpensiones ☐ 1  
Fondo privado (Administradora de Fondo de Pensiones) ☐ 2  
Régimen especial (Fuerzas militares, Magisterio, Ecopetrol, etc) ☐ 3  
Fondo subsidiado Colombia Mayor (Prosperar) ☐ 4  
No sabe ☐ 5

**55. El MES PASADO, ¿... recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?**

Sí ☐ 1  
No ☐ 2

**56. 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)?**

Sí ☐ 1  
No ☐ 2

	Años	Meses		C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

**K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)**  
**K3. OCUPADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS**

57. El MES PASADO, ¿... recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipos?

Sí 1

No 2

58. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?

Sí 1

No 2

59. 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)?

Sí 1

No 2

Valor recibido\$

El dinero provino de:

Fuera del país 1

Dentro del país 2

Ambas partes 3

60. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... recibió dinero por venta de propiedades (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)?

Sí 1

No 2

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

Sí 1

No 2

Si tiene menos de 18 años pase a 63; si tiene 18 años o más continúe.

K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Continuación)  
K3. OCUPADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS

62. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... tuvo que declarar renta?

Formule esta pregunta solo para personas de 18 años y más

Sí 1  
No 2

63. Adicional a las actividades que me informó haber realizado la SEMANA PASADA, ¿cuáles de las siguientes labores no remuneradas hizo:

1. Realizar oficios en su hogar?
2. Realizar oficios en otros hogares o instituciones?
3. Cuidar o atender niños(as)?
4. Cuidar o atender personas de la tercera edad, enfermas o en condición de discapacidad?
5. Asistir a cursos o eventos de capacitación?
6. Trabajar en la autoconstrucción de vivienda?
7. Realizar trabajos comunitarios o voluntarios en edificaciones u obras comunitarias o públicas?
8. Participar en otras actividades cívicas, sociales, comunales y/o de trabajo voluntario?

Sí 1  
No 2

Sí 1  
No 2

Sí 1  
No 2

Sí 1  
No 2

Sí 1  
No 2

Sí 1  
No 2

Sí 1  
No 2

Sí 1  
No 2

	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Número de horas	C.R.	Número de horas	C.R.	Número de horas	C.R.	Número de horas	C.R.	Número de horas	C.R.	Número de horas	C.R.	Número de horas
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																

**K. FUERZA DE TRABAJO (Para personas de 10 años y más) (Conclusión)**  
**K3. OCUPADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS**

**64. ¿A raíz de las medidas tomadas por la pandemia del coronavirus (COVID-19) a .... se le presentó alguna de las siguientes situaciones:**

	Sí	No
1. Perdió su empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tuvo que cerrar o interrumpir las actividades de su negocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tuvo que ir a licencia no remunerada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuvo que tomar vacaciones forzosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Registró una pérdida sustancial de sus ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otra, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Otra, ¿cuál?

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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	

**Observaciones:**

## L. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (Para jefe/a de hogar o su cónyuge)

### 1. ¿Quién contesta el capítulo?

Jefe/a de hogar    
Cónyuge

### 2. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿de cuáles de los siguientes hechos ha sido víctima usted o alguna persona del hogar?:

	Sí	No
1. Atracos o robos	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
2. Homicidios o asesinatos	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
3. Persecución o amenazas contra la vida	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
4. Extorsión o chantaje	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
5. Acoso (sexual, laboral, escolar, psicológico, ciberacoso)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>

### 2a. ¿Entre 1985 y el momento actual, usted o algún miembro del hogar ha sido víctima del conflicto armado?

Sí  → 1. ¿Alguna de estas personas fue víctima de desplazamiento forzado?

2. ¿Alguna de estas personas se encuentra incluida en el Registro Único de Víctimas-RUV?

No

### 3. Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:

Muy buenas   Malas    
Buenas   Muy malas    
Regulares

### 4. Con relación al hogar donde usted se crio, este hogar vive económicamente:

Mejor    
Igual    
Peor

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

Mejor    
Igual    
Peor

### 6. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿cuáles de los siguientes problemas se han presentado en su hogar:

	Sí	No
1. Enfermedad grave?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
2. Muerte de alguna persona integrante del hogar?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
3. Separación de la pareja?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
4. Consumo de sustancias psicoactivas o alucinógenas?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
5. Consumo de bebidas alcohólicas?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>

Para Bogotá urbano continúe. Si es área urbana de municipios pase a 7a. Bogotá rural y el área rural de los municipios pase a 7b.

### 7. Entre el año 2017 y el momento actual ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes equipamientos?:

	Mejor	Igual	Peor	No sabe
1. Vías y puentes vehiculares	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
2. Andenes	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
3. Puentes peatonales	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
4. Ciclorrutas	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
5. Parques y zonas verdes	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
6. Hospitales y centros de salud	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
7. Colegios	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
8. Sistema Integrado de Transporte (Trasmilenio, alimentadores, SITP)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
9. Escenarios artísticos y culturales	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
10. Escenarios deportivos	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
11. Zonas comerciales	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>

Pase a 8

### 7a. Entre el año 2017 y el momento actual, ¿cree que el municipio ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes equipamientos?:

	Mejor	Igual	Peor	No aplica	No sabe
1. Vías y puentes vehiculares	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
2. Andenes	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
3. Puentes peatonales	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
4. Ciclorrutas	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
5. Parques y zonas verdes	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
6. Hospitales y centros de salud	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
7. Colegios y escuelas	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
8. Escenarios artísticos y culturales	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
9. Ampliación de redes de acueducto	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
10. Ampliación de redes de alcantarillado	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
11. Escenarios deportivos	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>
12. Zonas comerciales	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>

Pase a 8a

### 7b. ¿Cómo considera la condición de los siguientes equipamientos en su centro poblado o vereda?:

	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala	No aplica	No sabe
1. Vías y puentes vehiculares	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>
2. Andenes	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>
3. Colegios y escuelas	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>
4. Hospitales y centros de salud	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>
5. Escenarios artísticos y culturales	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>
6. Ampliación de redes de acueducto	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>
7. Ampliación de redes de alcantarillado	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>
8. Escenarios deportivos	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>
9. Zonas comerciales	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>

Pase a 8b

**L. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (Continuación)**  
(Para jefe/a de hogar o su cónyuge)

**8. Entre el año 2017 y el momento actual, ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos?:**

	Mejor	Igual	Peor	No sabe
1. Atención en las oficinas públicas del distrito	1	2	3	9
2. Vigilancia, seguridad y reacción oportuna y eficiente de la policía	1	2	3	9
3. Educación pública	1	2	3	9
4. Transporte público urbano	1	2	3	9
5. Programas de alimentación y nutrición	1	2	3	9
6. Respeto a los derechos humanos	1	2	3	9
7. Igualdad de oportunidades para las mujeres	1	2	3	9
8. Igualdad de oportunidades para las personas mayores	1	2	3	9
9. Igualdad de oportunidades para la población con discapacidad	1	2	3	9
10. Igualdad de oportunidades para los grupos LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales)	1	2	3	9
11. Manera en que la Alcaldía de Bogotá comunica sus decisiones, acciones, resultados y oferta institucional	1	2	3	9
12. En la lucha contra la corrupción en la ciudad	1	2	3	9
13. Fortalecimiento de la participación ciudadana	1	2	3	9
14. Protección y garantía de la libertad de conciencia, religiosa y de cultos	1	2	3	9

Pase a 8c

**Observaciones:**

---

---

---

---

**8a. Entre el año 2017 y el momento actual, ¿cree que el municipio ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos?:**

	Mejor	Igual	Peor	No sabe
1. Atención en las oficinas públicas	1	2	3	9
2. Vigilancia, seguridad y reacción oportuna y eficiente de la policía	1	2	3	9
3. Educación pública	1	2	3	9
4. Transporte público urbano	1	2	3	9
5. Programas de alimentación y nutrición	1	2	3	9
6. Respeto a los derechos humanos	1	2	3	9
7. Igualdad de oportunidades para las mujeres	1	2	3	9
8. Igualdad de oportunidades para las personas mayores	1	2	3	9
9. Igualdad de oportunidades para la población en condición de discapacidad	1	2	3	9
10. Igualdad de oportunidades para los grupos LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales)	1	2	3	9
11. Manera en que la alcaldía y gobernación comunican sus decisiones, acciones, resultados y oferta institucional	1	2	3	9
12. En la lucha contra la corrupción en el municipio	1	2	3	9
13. Fortalecimiento de la participación ciudadana	1	2	3	9
14. Protección y garantía de la libertad de conciencia, religiosa y de cultos	1	2	3	9

Pase a 8c

**Observaciones:**

---

---

---

---

**8b. ¿Cómo considera los siguientes aspectos de su centro poblado o vereda?:**

	Muy bueno	Bueno	Malo	Muy malo	No aplica	No sabe
1. Atención en las oficinas públicas	1	2	3	4	8	9
2. Vigilancia, seguridad y reacción oportuna y eficiente de la policía	1	2	3	4	8	9
3. Educación pública	1	2	3	4	8	9
4. Transporte público urbano	1	2	3	4	8	9
5. Programas de alimentación y nutrición	1	2	3	4	8	9
6. Respeto a los derechos humanos	1	2	3	4	8	9
7. Igualdad de oportunidades para las mujeres	1	2	3	4	8	9
8. Igualdad de oportunidades para los adultos mayores	1	2	3	4	8	9
9. Igualdad de oportunidades para la población con discapacidad	1	2	3	4	8	9
10. Igualdad de oportunidades para los grupos LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales)	1	2	3	4	8	9
11. Manera en que la Alcaldía comunica sus decisiones, acciones, resultados y oferta institucional	1	2	3	4	8	9
12. Protección y garantía de la libertad de conciencia, religiosa y de cultos	1	2	3	4	8	9

Pase a 8c

**Observaciones:**

---

---

---

---



**L. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (Continuación)**  
(Para jefe/a de hogar o su cónyuge)

**8c. ¿De los siguientes aspectos cuál considera que es el más importante para que las entidades públicas mejoren su desempeño institucional?**

- |  |   |
|--|---|
| Estrategias de lucha contra la corrupción                  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> |
| Participación ciudadana                                    | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| Mayor presencia de las entidades públicas en el territorio | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| Servidores competentes                                     | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |
| Articulación entre el gobierno nacional y departamental    | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| Otro, ¿Cuál? _____   | <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |

Para Bogotá urbano continúe. Si es área urbana de municipio pase a 9a. Bogotá rural y área rural de los municipios pase a 9b.

**9. Entre el año 2017 y el momento actual ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos ambientales?:**

- |                             | Mejor   | Igual   | Peor  | No sabe   |
|-----------------------------|---|---|---|---|
| 1. Calidad del agua potable | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 2. Calidad del aire         | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 3. Disposición de basuras   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 4. Educación ambiental      | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 5. Barrido y aseo de calles | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 6. Reciclaje de residuos    | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |

Pase a 10

**9a. Entre el año 2017 y el momento actual ¿cree que el municipio ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos ambientales?:**

- |                             | Mejor   | Igual   | Peor  | No sabe   |
|-----------------------------|---|---|---|---|
| 1. Calidad del agua potable | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 2. Calidad del aire         | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 3. Disposición de basuras   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 4. Educación ambiental      | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 5. Barrido y aseo de calles | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 6. Reciclaje de residuos    | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |

Pase a 10

**9b. ¿Cómo considera los siguientes aspectos ambientales de su centro poblado o vereda?:**

- |                             | Muy bueno   | Bueno   | Malo  | Muy malo  | No sabe   |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Calidad del agua potable | <input type="checkbox"/> 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"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 2. Calidad del aire         | <input type="checkbox"/> 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"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 3. Disposición de basuras   | <input type="checkbox"/> 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"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 4. Educación ambiental      | <input type="checkbox"/> 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"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| 5. Reciclaje de residuos    | <input type="checkbox"/> 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"/> 9 <input type="checkbox"/> |

**10. Los ingresos de su hogar:**

- |  |   |
|--|---|
| No alcanzan para cubrir los gastos mínimos   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> |
| Solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| Cubren más que los gastos mínimos            | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |

**11. ¿Usted se considera pobre?**

- |    |   |
|----|---|
| Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

**12. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, alguna persona de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal por concepto de:**

- |  | Sí  | No  | ¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio? | ¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?          |
|--|---|---|---|--|
| 1. Familias en acción?   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Programa para adultos mayores?  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Subsidio de TransMilenio/ SITP? (solo para Bogotá)                                | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Ayudas monetarias para mitigar las medidas tomadas por el coronavirus (COVID 19)? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Otro, ¿cuál? _____  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**12a. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES este hogar recibió mercados en especie por parte del gobierno nacional, departamental o municipal?**

- |    |   |  |   |
|----|---|--|---|
| Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | → 1. ¿En cuánto estima el valor de todos los mercados recibidos? \$ _____      |   |
|    |   | 2. ¿Estos mercados:  |   |
|    |   | 1. Los reciben periódicamente?   | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
|    |   | 2. Los recibieron a raíz de las medidas tomadas por el coronavirus (COVID-19)? | Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |  |   |

**12b. ¿Durante el MES PASADO algún miembro de este hogar accedió a la oferta de los comedores comunitarios?**

- |    |   |   |
|----|---|---|
| Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> | → 1. ¿En cuánto estima el valor diario de los alimentos recibidos (incluya desayuno, almuerzo y comida)? \$ _____ |
| No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |   |

**13. ¿Por falta de dinero, alguna persona integrante del hogar no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la SEMANA PASADA?**

- |    |   |
|----|---|
| Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

**14. ¿En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar?**

- |    |   |
|----|---|
| Sí | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |

**L. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (Continuación)**  
(Para jefe/a de hogar o su cónyuge)

**15. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**16. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**17. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**18. ¿En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**19. ¿En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**20. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**21. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

Si en el hogar hay menores de 18 años continúe, de lo contrario termine capítulo

**22. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación saludable?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**23. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**24. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**25. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**26. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**27. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**28. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?**

Sí ☐ 1

No ☐ 2

**Observaciones:**

---



---



---



---

**L. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (Conclusión)**  
(Para jefe/a de hogar o su cónyuge)

**29. A raíz de la pandemia del coronavirus (COVID-19), ¿cuáles de las siguientes medidas tomaron los miembros del hogar para hacer frente a los efectos económicos:**

1. Uno o más miembros del hogar que no trabajaban empezaron a trabajar
2. Adoptaron nuevas fuente de ingreso
3. Cambiaron de vivienda
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 (vivienda, moto, carro, electrodomésticos, lote)
7. Arrendaron o hipotecaron la vivienda ocupada por el hogar
8. Algún miembro del hogar tuvo que retirarse de la escuela, colegio, jardín, universidad o carrera técnica o tecnológica
9. Disminuyeron el gasto en alimentos
10. Pidieron ayuda de familiares, amigos u otras personas del barrio, pueblo o vereda
11. Solicitaron subsidio de desempleo
12. Ninguna de las anteriores

**Observaciones:**

**30. ¿A raíz de las medidas tomadas por la pandemia del coronavirus (COVID-19), entre marzo de 2020 y el momento actual, algún miembro del hogar:**

- |  |    |                                |   |
|--|----|--------------------------------|---|
| 1. Hizo donaciones en dinero?  | Sí | <input type="text" value="1"/> | ¿Cuánto fue el valor total? \$_____       |
|  | No | <input type="text" value="2"/> |   |
| 2. Dió mercados a otros hogares?   | Sí | <input type="text" value="1"/> | ¿En cuánto estima su valor total? \$_____ |
|  | No | <input type="text" value="2"/> |   |
| 3. Otorgó descuentos en el arriendo de propiedades (viviendas, locales, oficinas, etc) | Sí | <input type="text" value="1"/> | ¿Cuánto fue el valor total? \$_____       |
|  | No | <input type="text" value="2"/> |   |

Solo para hogares con 2 o más integrantes (pregunta C16 mayor que 1)

### 31. En su hogar ¿Quién ...

### 1. Aporta dinero al hogar?

- |                               | Sí                   | No                   |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. El Jefe/a del hogar        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. El/la cónyuge              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Otro/s miembro/s del hogar | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## 2. Toma decisiones respecto al manejo del dinero?

- | Respecto al manejo del dinero: | Sí                       | No                       |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. El Jefe/a del hogar         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. El/la cónyuge               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Otro/s miembro/s del hogar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3. Toma decisiones sobre dónde estudian los menores de edad?**  
(solo si hay menores)

- |                               | Sí                     | No                     |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|
| 1. El Jefe/a del hogar        | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| 2. El/la cónyuge              | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
| 3. Otro/s miembro/s del hogar | 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |

**Observaciones:**

**M. GASTOS DEL HOGAR (Para todos los hogares de la vivienda)**  
**M.1. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LOS HOGARES**

**1. ¿Cada cuánto acostumbran hacer las compras de alimentos o bebidas no alcohólicas en este hogar? (no incluye aseo del hogar ni personal, ni comidas fuera del hogar)**

1. Varios días a la semana  
(todos los días, día de por medio, cada 3 días)      Sí ☐ 1 → Responda pregunta 2.(1)  
No ☐ 2
2. Cada 8 días (semanalmente)      Sí ☐ 1 → Responda pregunta 2.(2)  
No ☐ 2
3. Cada 15 días (quincenalmente)      Sí ☐ 1 → Responda pregunta 2.(3)  
No ☐ 2
4. Cada 20 días      Sí ☐ 1 → Responda pregunta 2.(4)  
No ☐ 2
5. Cada mes (mensualmente)      Sí ☐ 1 → Responda pregunta 2.(5)  
No ☐ 2
6. Con otra periodicidad; ¿cuál?:      Sí ☐ 1 → Responda pregunta 2.(6)  
Cada    días.      No ☐ 2

**2. ¿Cuanto gastó el hogar en total, en alimentos o bebidas no alcohólicas en: (no incluye aseo del hogar ni personal, ni comidas fuera del hogar)**

1. Los últimos 7 días?      Valor \$ \_\_\_\_\_
2. El último mercado semanal?  
(No incluya las compras diarias)      Valor \$ \_\_\_\_\_
3. El último mercado quincenal?  
(No incluya compras diarias ni semanales)      Valor \$ \_\_\_\_\_
4. El último mercado que hace cada 20 días?  
(No incluya compras diarias, semanales ni quincenales)      Valor \$ \_\_\_\_\_
5. El último mercado mensual?  
(No incluya compras diarias, semanales, quincenales, ni de cada 20 días)      Valor \$ \_\_\_\_\_
6. Ese último mercado (el que hace con periodicidad diferente)?  
(No incluya compras diarias, semanales, quincenales, ni de cada 20 días, ni mensuales)      Valor \$ \_\_\_\_\_

**3. ¿Durante el PASADO MES de ... en este hogar adquirieron alimentos o bebidas no alcohólicas sin tener que comprarlas?**

- Sí ☐ 1 → ¿En cuánto estima el valor total de estos alimentos o bebidas no alcohólicas?      Valor \$ \_\_\_\_\_
- No ☐ 2 → Pase a 5

**4. ¿Cómo obtuvieron estos alimentos o bebidas no alcohólicas?:**

- |   | Sí                         | No                         |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Tomados de un negocio del hogar        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Traídos de la finca o huerta del hogar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Recibidos como pago por trabajo        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4. Por regalo                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 5. Por intercambio o trueque              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**Observaciones:**

**M. GASTOS DEL HOGAR (Para todos los hogares de la vivienda) (Continuación)**  
**M.2. OTROS GASTOS. GASTOS SEMANALES**

5. ¿Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS del _____ al _____ las personas de este hogar gastaron dinero en?:			6. ¿Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?			
	5.1. Sí/No  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → Siguiendo artículo o servicio	5.2. ¿Cuál fue el valor total gastado en _____ durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS?		6.1. Sí/No  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → Pase a 7	6.2. ¿En cuánto estima el valor de obtenido?	6.3. ¿Cómo lo obtuvieron?  1. Tomado de un negocio del hogar 2. Recibido como pago por trabajo 3. Regalado 4. Por intercambio o trueque
ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
1. Bebidas alcohólicas, cigarrillos y tabaco		\$ _____			\$ _____	
2. Pasajes en TransMilenio, bus, buseta, colectivo, taxi, pasajes intermunicipales, transporte especial (no incluya el pago que se hace en el colegio o guardería por el transporte escolar)		\$ _____			\$ _____	
3. Correo, fax, encomiendas		\$ _____			\$ _____	
4. Combustible y parqueadero para vehículo o moto de uso personal o del hogar		\$ _____			\$ _____	
5. Comidas consumidas fuera del hogar		\$ _____			\$ _____	
6. Apuestas, chance y loterías		\$ _____			\$ _____	
7. Servicio de café internet y llamadas telefónicas en la calle o cabinas		\$ _____			\$ _____	

**Observaciones:**

**M. GASTOS DEL HOGAR (Para todos los hogares de la vivienda) (Continuación)**  
**M.2. OTROS GASTOS. GASTOS MENSUALES**

**7. ¿Durante el PASADO MES de \_\_\_\_\_, las personas de este hogar gastaron dinero en uno o más de los siguientes artículos o servicios?:**

**7.1. Sí/No**

Sí ☐ 1  
 No ☐ 2 → Siguiente artículo o servicio

**7.2. ¿Cuál fue el valor total gastado en \_\_\_\_\_ durante el PASADO MES de \_\_\_\_\_?**

**8. ¿Durante el PASADO MES de \_\_\_\_\_ las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?**

**8.1. Sí/No**

Sí ☐ 1  
 No ☐ 2 → Pase a 9

**8.2. ¿En cuánto estima el valor de \_\_\_\_\_ obtenido?**

**8.3. ¿Cómo lo obtuvieron?**

1. Tomado de un negocio del hogar
2. Recibido como pago por trabajo
3. Regalado
4. Por intercambio o trueque

ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)	Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
1. Artículos para el aseo y mantenimiento del hogar como jabones, detergentes, escobas, guantes, limpiadores, servilletas, bolsas para basura, lona desechable, alcohol etílico, etc.		\$ _____		\$ _____	
2. Artículos para el aseo personal como cremas dentales, jabones, champú, papel higiénico, toallas higiénicas, desodorantes, maquina de afeitar, productos cosméticos, tapabocas, etc.		\$ _____		\$ _____	
3. Lavado y planchado de ropa fuera del hogar		\$ _____		\$ _____	
4. Salón de belleza y barbería, corte de pelo, manicure, teñido de cabello, Spa, otros		\$ _____		\$ _____	
5. Dinero dado o enviado a otras personas u hogares (cuotas alimentarias, mesadas a estudiantes, familiares o amigos, diezmos, etc)		\$ _____		\$ _____	
6. Servicio de recreación y deporte como: clases deportivas o artísticas, parques de diversiones, juegos electrónicos, eventos deportivos, alquiler de canchas, gimnasio, billar, otros		\$ _____		\$ _____	
7. Servicios culturales: entradas a cine, teatro, conciertos, danza, museos, exposiciones		\$ _____		\$ _____	
8. Servicio doméstico interno y por días		\$ _____		\$ _____	
9. Parqueadero para vehículo o moto de uso personal o del hogar		\$ _____		\$ _____	

M. GASTOS DEL HOGAR (Para todos los hogares de la vivienda) (Continuación)  
M.2. OTROS GASTOS. GASTOS TRIMESTRALES

9. ¿Durante los ÚLTIMOS 3 MESES de ____ a ____, las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios?:				10. ¿Durante los ÚLTIMOS 3 MESES las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?			
		9.1. Sí/No Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Siguiente artículo o servicio	9.2. ¿Cuál fue el valor gastado en ____ durante los ÚLTIMOS 3 MESES?	10.1. Sí/No Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Pase a 11		10.2. ¿En cuánto estima el valor de obtenido? ____	10.3. ¿Cómo lo obtuvieron? 1. Tomado de un negocio del hogar 2. Recibido como pago por trabajo 3. Regalado 4. Por intercambio o trueque
ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta	
		Contado	Crédito				
1. Ropa, calzado, maletas y bolsos para hombre, mujer, niño y niña (no incluya uniformes escolares o universitarios)		\$ _____	\$ _____		\$ _____		
2. Reparación de ropa y calzado para hombre, mujer, niño y niña		\$ _____	\$ _____		\$ _____		
3. Libros, periódicos, revistas en papel o digitales (no incluya textos escolares o universitarios), música o películas en DVD's o USB		\$ _____	\$ _____		\$ _____		
4. Tela y elementos de costura para vestuario u otros usos		\$ _____	\$ _____		\$ _____		
5. Servicios financieros: cuota de manejo de tarjetas de crédito y debito, comisión por consignación o giros nacionales, uso de corresponsales bancarios, uso de cajeros electrónicos, etc		\$ _____	No aplica		\$ _____		

Observaciones:

**M. GASTOS DEL HOGAR (Para todos los hogares de la vivienda) (Continuación)**  
**M.2. OTROS GASTOS. GASTOS ANUALES**

11. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES de ____ a ____, las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios?:				12. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?		
11.1. Sí/No Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → Siguiente artículo o servicio		11.2. ¿Cuál fue el valor gastado en durante los ÚLTIMOS 12 MESES?		12.1. Sí/No Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → Termine la encuesta		12.2. ¿En cuánto estima el valor de obtenido?
ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
		Contado	Crédito			
1. Muebles y accesorios para el hogar (sala, comedor, camas, muebles para cocina, artículos de decoración, reparación de muebles etc.)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
2. Electrodomésticos (nevera estufa, TV, DVD, lavadora, plancha, licuadora, sanduchera, aspiradora, horno y otros aparatos)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
3. Arreglo y mantenimiento de electrodomésticos y gasodomésticos (nevera, estufa, lavadora, TV, plancha, etc.)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
4. Computador, aparatos electrónicos y software (impresora, tablets, antivirus, licencias, discos duros o USB, servicios de mantenimiento, etc.)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
5. Vehículos, motos, bicicletas o patinetas eléctricas para uso del hogar y gastos en matrícula o traspaso		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
6. Artículos de joyería: anillos, relojes, aretes, pulseras y otros (incluir reparaciones)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
7. Reparación, repuestos y mantenimiento de vehículos, motos, bicicletas o patinetas eléctricas, para uso del hogar		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
8. Juegos y juguetes como carros, muñecas, juegos de mesa, disfraces, consolas de Play Station, Nintendo, Xbox u otros.		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
9. Colchones, cobijas, sábanas, cubrelecho, manteles, cortinas, almohadas, toallas		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
10. Ollas, vajillas, cubiertos, refractarias, canecas, mesa de planchar y otros utensilios domésticos		\$ _____	\$ _____		\$ _____	



**M. GASTOS DEL HOGAR (Para todos los hogares de la vivienda) (Continuación)**  
**M.2. OTROS GASTOS. GASTOS ANUALES**

11. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES de ____ a ____, las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios?:				12. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?		
		11.1. Sí/No Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Siguiente artículo o servicio	11.2. ¿Cuál fue el valor gastado en durante los ÚLTIMOS 12 MESES?			12.1. Sí/No Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Termine la encuesta
ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
		Contado	Crédito			
11. Compra y reparación de celulares		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
12. Impuesto predial de la vivienda ocupada por el hogar		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
13. Impuesto de vehículos o motos para uso del hogar		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
14. Servicios de alojamiento: hoteles, moteles, residencias, hostel, centros vacacionales, camping, guías turísticos (excluyendo los asociados a los viajes de fin de semana o cortos en los últimos 3 meses o los viajes de trabajo)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
15. Pasajes de avión o cruceros en viajes de vacaciones, recreación o descanso		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
16. Compra y sostenimiento de mascotas		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
17. Pasajes terrestres en viajes de vacaciones, recreación o descanso		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
18. Seguros del hogar (vida, educación, funerarios y contra robo, incendio, terremoto, terrorismo de la vivienda que ocupa el hogar)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
19. Seguros de vehículos o motos de uso del hogar (Soat y todo riesgo)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	
20. Artículos de arte (cuadros, pinturas, esculturas, dibujos, otros)		\$ _____	\$ _____		\$ _____	

**M. GASTOS DEL HOGAR (Para todos los hogares de la vivienda) (Conclusión)**  
**M.2. OTROS GASTOS. GASTOS TRIMESTRALES (Conclusión)**

11. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES de ____ a ____, las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios?:	11.1. Sí/No Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Siguiendo artículo o servicio	11.2. ¿Cuál fue el valor gastado en durante los ÚLTIMOS 12 MESES?		12. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?	12.1. Sí/No Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Termine la encuesta	12.2. ¿En cuánto estima el valor de obtenido?	12.3. ¿Cómo lo obtuvieron? 1. Tomado de un negocio del hogar 2. Recibido como pago por trabajo 3. Regalado 4. Por intercambio o trueque
	ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$) Contado      Crédito		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
21. Cuotas extraordinarias de administración o comunitarias por la vivienda que ocupa el hogar		\$ _____	\$ _____		\$ _____		
22. Reparación y mantenimiento de la vivienda que ocupa el hogar (plomería, resanes, pintura, electricidad, etc. Incluya materiales)		\$ _____	\$ _____		\$ _____		
23. Equipos e implementos deportivos y recreativos (balones, pesas, bicicletas estáticas, trotadoras, equipo de camping, instrumentos musicales, etc)		\$ _____	\$ _____		\$ _____		
24. Compra y sostenimiento de animales para cría y levante (reses, cerdos, cabras, aves) Solo Bogotá rural y municipios		\$ _____	\$ _____		\$ _____		
25. Insumos para actividades agrícolas del hogar Solo Bogotá rural y municipios		\$ _____	\$ _____		\$ _____		

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (Para todas las personas del hogar)								
NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS								
1. Número de orden de la persona que proporciona la información:	2. Registre el nombre y los apellidos de todas las personas que conforman este hogar	3.Cuál es la fecha de nacimiento de ...			4. ¿Cuántos años cumplidos tiene...?	5. ¿Cuál es su documento de identidad:		6. Sexo al nacer:
		Día	Mes	Año	Años	C. R.	Número del documento	Sexo
		<div>Si no conoce el día, el mes o el año, escriba 99 en los espacios correspondientes a cada uno de ellos</div>			<div>Si es menor de un año, escriba 00</div>	<div>Registro civil de nacimiento colombiano<div>1</div><div></div></div> <div>Tarjeta de identidad colombiana<div>2</div><div></div></div> <div>Cédula de ciudadanía colombiana<div>3</div><div></div></div> <div>Cédula de extranjería<div>4</div><div></div></div> <div>Ninguno de los anteriores<div>5</div><div></div></div> <div>Si no sabe el número de documento, registre 99</div>		Hombre <div>1</div> <div></div> <div>Mujer<div>2</div><div></div><div>Intersexual<div>(solo para personas de 15 años y más)<div>3</div><div></div></div></div></div>
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

[illegible]



@DANE\_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



@DANE Colombia

Diseño, diagramación e impresión  
GIT Taller de Ediciones  
Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística  
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
2021