

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales ni pueden utilizarse como prueba judicial. (Ley 79 de 1993, art. 5.º.)

A. IDENTIFICACIÓN

1. Región:

2. Departamento:

3. Municipio:

4. Clase:

5. Sector:

6. Sección:

7. Manzana:

8. Segmento:

9. AG:

10. Edificación:

11. Vivienda número:

12. Barrio, centro poblado o vereda

13. Dirección de la vivienda o nombre de la finca

14. Teléfono:

15. Resultado de la encuesta** ☐

A1. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

1. ENCUESTA

Encuestador/a Nombre:

Resultado de la encuesta

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

2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor/a ☐

Nombre:

Observaciones:

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

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

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

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

Contracarátula no va impresa pero cuenta (parte interior de la carátula)

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

1. La vía de acceso a la edificación es:

Diligencie por observación

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

2. ¿Cuál es el estado de la vía?

Diligencie por observación

- Bueno
- Regular
- Malo

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

Solo para cabeceras

Diligencie por observación

- Sí
- No

4. Tipo de vivienda

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

Observaciones: _____

5. Material predominante de las paredes exteriores

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

6. Material predominante de los pisos

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

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

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

Observaciones: _____

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

Estrato para tarifa

1. Energía eléctrica Sí → No
2. Acueducto Sí No
3. Alcantarillado Sí No

Veces por semana

4. Recolección de basuras Sí → No

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

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

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

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

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

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

Sí No

1. Pintura soplada	1	2
--------------------	---	---

2. Presencia de manchas

1	
---	--

2	
---	--

3. Presencia de moho	1	2
----------------------	---	---

4. Cambios en el aspecto de ladrillos, baldosas, concreto

12. ¿La vivienda presenta goteras en el techo?

Sí

1	
---	--

No

2	
---	--

13. ¿La vivienda presenta grietas en paredes?

Sí

1	
---	--

Grietas leves	1	
---------------	---	--

Grietas graves	1	
----------------	---	--

No

2	
---	--

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

Observaciones: _____

Observaciones: _____

Observaciones: _____

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

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

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

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

2A. ¿Algunos/as de los niños, niñas o adolescentes del hogar entre 0 y 17 años comparten el cuarto con un adulto?

Sí

No Pase a 3

No hay niños, niñas o adolescentes de esas edades en el hogar Pase a 3

2B. ¿Con quiénes comparten el cuarto?

1. Padre y/o madre del niño/a o adolescente

2. Padrastro y/o madrastra del niño/a o adolescente

3. Abuelo y/o abuela del niño/a o adolescente

4. Tío y/o tía del niño/a o adolescente

5. Hermano y/o hermana del niño/a o adolescente

6. Primo y/o prima del niño/a o adolescente

7. Otro/a pariente del niño/a o adolescente

8. Un adulto que no pertenece al hogar

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

Sí

Sí, con el arriendo

No pagan, pero tienen el servicio Pase a 5

No tienen el servicio

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

¿A cuántos meses corresponde ese pago?

\$ _____

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

Sí

No Pase a 8

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

Sí

Sí, con el arriendo

No pagan Pase a 8

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

\$ _____ ¿A cuántos meses corresponde ese pago?

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

Inodoro conectado a alcantarillado Pase a 10

Inodoro conectado a pozo séptico

Inodoro sin conexión

Letrina

Inodoro con descarga directa a fuentes de agua (bajamar) Pase a 10

No tiene servicio sanitario Pase a 13

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

Los miembros del hogar

Contratan un servicio especializado

Otra persona o entidad

No se realiza mantenimiento

10. El servicio sanitario está ubicado:

Dentro de la vivienda

Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno

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

12. El servicio sanitario del hogar es:

De uso exclusivo de las personas del hogar

Compartido con personas de otros hogares

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

Sí

Sí, con el arriendo

No pagan, pero tienen el servicio Pase a 15

No tienen el servicio

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

\$ _____ ¿A cuántos meses corresponde ese pago?

15. El hogar cuenta con:

1. Lavamanos

2. Lavadero

3. Lavaplatos

4. Ninguno de los anteriores

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

Se lavan con agua y jabón

Se lavan con agua solamente

Usan otro método para limpiarse (gel desinfectante o antibacterial, alcohol, toallas húmedas)

No se limpian o lavan las manos

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

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

- | | | |
|---|---|-------------|
| La recogen los servicios del aseo | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> | } Pase a 20 |
| La tiran a un río, quebrada, caño o laguna | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> | |
| La tiran a un patio, lote, zanja o baldío | <input type="text"/> 3 <input type="text"/> | |
| La queman | <input type="text"/> 4 <input type="text"/> | |
| La entierran | <input type="text"/> 5 <input type="text"/> | |
| La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.) | <input type="text"/> 6 <input type="text"/> | |

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

- | | | |
|---------------------|---|-------------|
| Sí | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> | } Pase a 20 |
| Sí, con el arriendo | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> | |
| No pagan | <input type="text"/> 3 <input type="text"/> | |

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

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

20. ¿En este hogar clasifican las basuras?

Sí 1

Qué tipo de material clasifican:

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

No 2

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

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

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

- | | | |
|-----------------------------------|---|-------------|
| Sí | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> | } Pase a 24 |
| Sí, con el arriendo | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> | |
| No pagan, pero tienen el servicio | <input type="text"/> 3 <input type="text"/> | |
| No tienen el servicio | <input type="text"/> 4 <input type="text"/> | |

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

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

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

- | | | |
|--|--|-----------|
| Acueducto público | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> | |
| Acueducto comunal o veredal | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> | |
| Pozo con bomba | <input type="text"/> 3 <input type="text"/> | Pase a 26 |
| Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | <input type="text"/> 4 <input type="text"/> | Pase a 26 |
| Agua lluvia | <input type="text"/> 5 <input type="text"/> | Pase a 27 |
| Río, quebrada, manantial o nacimiento | <input type="text"/> 6 <input type="text"/> | Pase a 27 |
| Pila pública | <input type="text"/> 7 <input type="text"/> | Pase a 26 |
| Carrotanque | <input type="text"/> 8 <input type="text"/> | Pase a 28 |
| Aguatero | <input type="text"/> 9 <input type="text"/> | Pase a 29 |
| Agua embotellada o en bolsa | <input type="text"/> 10 <input type="text"/> | Pase a 29 |

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

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

26. ¿Considera que el agua disponible es suficiente?

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

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

- | | | |
|---|---|-------------|
| Dentro de la vivienda | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> | } Pase a 29 |
| Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> | |
| Fuera de la vivienda y del lote o terreno | <input type="text"/> 3 <input type="text"/> | |

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

- | | |
|--------------------|---|
| 30 minutos o menos | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> |
| Más de 30 minutos | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> |
| No sabe | <input type="text"/> 3 <input type="text"/> |

29. El agua para beber principalmente:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| La usan tal como la obtienen | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> |
| La hierven | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> |
| Le echan cloro | <input type="text"/> 3 <input type="text"/> |
| Utilizan filtros | <input type="text"/> 4 <input type="text"/> |
| La decantan o usan filtros naturales | <input type="text"/> 5 <input type="text"/> |
| Compran agua embotellada o en bolsa | <input type="text"/> 6 <input type="text"/> |

Observaciones: _____

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

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

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

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

- Sí
- No

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

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

Si en pregunta 30 respondió opción 6, pase a 35

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

- Electricidad
- Gas natural conectado a red pública
- Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol
- Gas propano/GLP (en cilindro o pipeta)
- Carbón mineral
- Leña, madera
- Carbón de leña
- Material de desecho

33. Adicionalmente, ¿utilizan otra fuente de energía o combustible para cocinar?

- Sí
- ¿Qué tipo de combustible utilizan?
- Electricidad
- Gas natural conectado a red pública
- Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol
- Gas propano/GLP (en cilindro o pipeta)
- Carbón mineral
- Leña, madera
- Carbón de leña
- Material de desecho

No

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

\$Valor _____

Solo para hogares que en pregunta C32 o C33=3 a 8

35. ¿En este hogar tienen servicio telefónico fijo?

- Sí
- No Pase a 37

36. ¿Pagan en este hogar por servicio telefónico fijo (de forma individual o en combo o paquete)?

- Sí
- No

37. ¿Este hogar realiza alguna actividad productiva en la vivienda o en el lote o terreno?

- Sí
- No Si es cabecera, pase a 41; si es centro poblado o rural disperso, pase a 39

38. ¿Cuál(es) actividad(es) productiva(s) realiza?

Si es cabecera, pase a 41

1. De comercio
2. Industriales
3. De servicios
4. Agropecuarias

39. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido eventos climáticos (inundaciones, desbordamientos, crecientes, arroyos, sequías, tormentas o vendavales) que afectaron su vida o la de algún integrante del hogar?

- Sí
- No Pase a 41

40. ¿Cómo lo afectaron a usted o a algún integrante de su hogar?

1. Redujeron la disponibilidad de agua?
2. Causaron enfermedades tropicales (zica, dengue, chikunguña, fiebre amarilla)?
3. Causaron enfermedades respiratorias?
4. Causaron pérdidas de cultivos o animales?
5. Disminuyeron la calidad de los suelos o generaron erosión?

41. ¿Cuántas personas componen este hogar?

Observaciones: _____

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

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

- Jefe/a del hogar1
- Pareja, esposo/a, cónyuge, compañero/a2
- Hijo/a, hijastro/a3
- Nieto/a4
- Padre, madre, padrastro, madrastra5
- Suegro o suegra6
- Hermano/a, hermanastro/a7
- Yerno, nuera8
- Otro/a pariente del (de la) jefe/a9
- Empleado/a del servicio doméstico10
- Parientes del servicio doméstico11
- Trabajador/a12
- Pensionista13
- Otro/a no pariente14

Para menores de 10 años, pase a 8.

6. Actualmente...:

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

Pase a 8

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

- Sí1
- No2

C. R. Número de orden

8. ¿Dónde nació...?

- En este municipio1→ Pase a 9
- En otro municipio2→ Pase a 9

En otro país

3

Continúe con 8A

- Estados Unidos1
- España2
- Venezuela3
- Ecuador4
- Panamá5
- Perú6
- Costa Rica7
- Argentina8
- Francia9
- Italia10
- Otro país11

C. R. Departamento Municipio Código Otro país

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

8A. ¿En qué mes y año llegó a Colombia por última vez?

8B. ¿Qué nacionalidad tiene?

Colombiana 1

Colombiana y otra(s) 2

No tiene nacionalidad colombiana 3

País o países de nacionalidad

1. Estadounidense 2. Española 3. Venezolana

4. Ecuatoriana 5. Panameña 6. Peruana

7. Costarricense 8. Argentina 9. Francesa

10. Italiana 11. Otra

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

Después de diligenciar, pase a 10

Año

Mes

C. R.

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

Observaciones:

[illegible]

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

9. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?

Sí

Si tiene 1 año o más, pase a 12A. Si es menor de 1 año, pase a 14

No

10. ¿Dónde vivía..., hace 5 años?

No había nacido → Pase a 12

En este municipio

En otro municipio

En otro país

Después de diligenciar esta opción, pase a pregunta 12

Estados Unidos	<input type="text"/>	España	<input type="text"/>	Venezuela	<input type="text"/>
Ecuador	<input type="text"/>	Panamá	<input type="text"/>	Perú	<input type="text"/>
Costa Rica	<input type="text"/>	Argentina	<input type="text"/>	Francia	<input type="text"/>
Italia	<input type="text"/>	Otro país	<input type="text"/>		

C. R.	Departamento	Municipio	Código	Otro país
-------	--------------	-----------	--------	-----------

11. El lugar donde vivía... hace 5 años era:

El centro urbano donde está la alcaldía

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

12. ¿Dónde vivía..., hace 12 meses?

No había nacido → Pase a 14

En este municipio

En otro municipio

En otro país

Después de diligenciar esta opción, pase a pregunta 13

Estados Unidos	<input type="text"/>	España	<input type="text"/>	Venezuela	<input type="text"/>
Ecuador	<input type="text"/>	Panamá	<input type="text"/>	Perú	<input type="text"/>
Costa Rica	<input type="text"/>	Argentina	<input type="text"/>	Francia	<input type="text"/>
Italia	<input type="text"/>	Otro país	<input type="text"/>		

C. R.	Departamento	Municipio	Código	Otro país
-------	--------------	-----------	--------	-----------

01

02

03

04

05

06

07

08

09

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

12A. El lugar donde vivía... hace 12 meses era: El centro urbano donde está la alcaldía <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/>	13. ¿Cuál fue el principal motivo por el que... cambió el lugar donde residía hace 12 meses? Trabajo <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común) <input type="checkbox"/> Desastres naturales <input type="checkbox"/> Conformación de un nuevo hogar <input type="checkbox"/> Acompañar a otros miembros del hogar <input type="checkbox"/> Motivos culturales asociados a grupos étnicos <input type="checkbox"/> Adquisición de vivienda propia <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> C. R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	14. El padre de... ¿vive en este hogar? Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 16 No <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> C. R. <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/>	15. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...? Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> Toda la primaria <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> Toda la secundaria <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> Universitaria completa <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

Sí

No

Fallecida

1

2

3

Pase a 18

C. R.

Número de orden

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

Algunos años de primaria

Toda la primaria

Algunos años de secundaria

Toda la secundaria

Uno o más años de técnica o tecnológica

Técnica o tecnológica completa

Uno o más años de universidad

Universitaria completa

Ninguno

No sabe

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

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

Indígena

Gitano/a (Rom)

Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Palenquero/a de San Basilio

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

Ningún grupo étnico

1

2

3

4

5

6

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

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

Si tiene menos de 15 años termine capítulo

Pueblo indígena

Código

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

D

12

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

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

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

Las preguntas 23 a 28 tratan sobre la satisfacción que usted siente, en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que se siente "totalmente insatisfecho/a" y 10 significa que se siente "totalmente satisfecho/a"..

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

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

Las preguntas 23 a 28 tratan sobre la satisfacción que usted siente, en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que se siente "totalmente insatisfecho/a" y 10 significa que se siente "totalmente satisfecho/a".

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

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Totalmente satisfecho/a

Totalmente insatisfecho/a

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

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Totalmente satisfecho/a

Totalmente insatisfecho/a

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

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Totalmente satisfecho/a

Totalmente insatisfecho/a

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

D

15

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

Las preguntas 29 a 31 tratan sobre cómo se sintió el día de ayer en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que no experimentó "para nada" esa sensación y 10 significa que experimentó "todo el tiempo" esa sensación.			En una escala de 0 a 10, donde 0 significa que siente que las cosas que hace en su vida «no valen la pena» y 10 significa que «valen totalmente la pena»:	Imagine una escalera con escalones numerados de 0 a 10, donde 0 es el escalón más bajo y 10 el escalón más alto. El más alto representa la mejor vida que usted podría tener y el más bajo, la peor.
29. ¿Qué tan feliz se sintió... el día de ayer?	30. ¿Qué tan preocupado/a se sintió... el día de ayer?	31. ¿Qué tan triste se sintió... el día de ayer?	32. ¿Qué tanto considera... que las cosas que hace en su vida valen la pena?	33. ¿En cuál escalón diría usted que se encuentra parado/a en este momento?
<div><div>10</div><div></div> Todo el tiempo feliz</div> <div><div>9</div><div></div></div> <div><div>8</div><div></div></div> <div><div>7</div><div></div></div> <div><div>6</div><div></div></div> <div><div>5</div><div></div></div> <div><div>4</div><div></div></div> <div><div>3</div><div></div></div> <div><div>2</div><div></div></div> <div><div>1</div><div></div></div> <div><div>0</div><div></div> Para nada feliz</div>	<div><div>10</div><div></div> Todo el tiempo preocupado/a</div> <div><div>9</div><div></div></div> <div><div>8</div><div></div></div> <div><div>7</div><div></div></div> <div><div>6</div><div></div></div> <div><div>5</div><div></div></div> <div><div>4</div><div></div></div> <div><div>3</div><div></div></div> <div><div>2</div><div></div></div> <div><div>1</div><div></div></div> <div><div>0</div><div></div> Para nada preocupado/a</div>	<div><div>10</div><div></div> Todo el tiempo triste</div> <div><div>9</div><div></div></div> <div><div>8</div><div></div></div> <div><div>7</div><div></div></div> <div><div>6</div><div></div></div> <div><div>5</div><div></div></div> <div><div>4</div><div></div></div> <div><div>3</div><div></div></div> <div><div>2</div><div></div></div> <div><div>1</div><div></div></div> <div><div>0</div><div></div> Para nada triste</div>	<div><div>10</div><div></div> Valen totalmente la pena</div> <div><div>9</div><div></div></div> <div><div>8</div><div></div></div> <div><div>7</div><div></div></div> <div><div>6</div><div></div></div> <div><div>5</div><div></div></div> <div><div>4</div><div></div></div> <div><div>3</div><div></div></div> <div><div>2</div><div></div></div> <div><div>1</div><div></div></div> <div><div>0</div><div></div> No valen la pena</div>	<div><div>10</div><div></div> Mejor vida</div> <div><div>9</div><div></div></div> <div><div>8</div><div></div></div> <div><div>7</div><div></div></div> <div><div>6</div><div></div></div> <div><div>5</div><div></div></div> <div><div>4</div><div></div></div> <div><div>3</div><div></div></div> <div><div>2</div><div></div></div> <div><div>1</div><div></div></div> <div><div>0</div><div></div> Peor vida</div>

Si la persona tiene menos de 18 años, pase al siguiente capítulo.

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

A continuación le formularé dos preguntas para concluir este capítulo. Las respuestas son confidenciales y solo se usarán con fines estadísticos. En caso de que prefiera no responderlas, puede indicarlo y esa será su respuesta.

34. ¿Usted siente atracción sexual o romántica por?

- Hombres1
- Mujeres2
- Ambos sexos3
- Otro, ¿cuál?4
- Prefiero no responder9

35. ¿Usted se reconoce como?

- Hombre1
- Mujer2
- Hombre trans3
- Mujer trans4
- Otro, ¿cuál?5
- Prefiero no responder9

C.R.Otro, ¿cuál?

C.R.Otro, ¿cuál?

01

02

03

04

05

06

07

08

09

Observaciones:

E. SALUD (Para todas las personas del hogar)

1. ¿... está afiliado/a (cotizante o beneficiario/a) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])		2. ¿Por qué razón principal no está afiliado/a a una entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S])		3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado/a?		4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?		5. ¿De quién es beneficiario/a...?	
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 9</p>		<p>Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Muchos trámites <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o descuido <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe que debe afiliarse <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No está vinculado/a laboralmente a una empresa o entidad (Usted o la persona de la cual es beneficiario/a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Está en trámite de afiliación <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con el Sisben (no lo/a han visitado, afiliado/a en otro municipio, lo/a desvincularon, le asignaron puntaje alto) <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de documentación <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Después de responder la pregunta, pase a 9.</p>		<p>Contributivo (EPS) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Subsidiado (EPS-S) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 6A</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 6A</p>		<p>... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Le descuentan de la pensión <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 6</p> <p>... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 6A</p> <p>No paga, es beneficiario/a <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>		<p>De una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>De una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Después de responder la pregunta, pase a 6A</p>	
C. R.		Otra razón, ¿cuál?						C. R. Número de orden	
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto/a por una entidad de seguridad social en salud?		6A. ¿Dónde está ubicada la entidad donde recibe los servicios de salud?			7. En general, considera que la calidad del servicio de la EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual ... está afiliado/a es:		8. ¿Cuál es el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad del servicio de su EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado/a?		9. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros VOLUNTARIOS de salud tiene ...?		10. ¿Cuánto paga o le descuentan mensualmente a ... por concepto de estos planes o seguros voluntarios de salud?	
Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99.		Este municipio <input type="text"/> <input type="text"/> Otro municipio <input type="text"/> <input type="text"/>			Muy buena <input type="text"/> <input type="text"/> Buena <input type="text"/> <input type="text"/> Mala <input type="text"/> <input type="text"/> Muy mala <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/>		Trámites excesivos o dispendiosos <input type="text"/> <input type="text"/> Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="text"/> <input type="text"/> Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="text"/> <input type="text"/> Condiciones deficientes de infraestructura, dotación, mobiliario o accesibilidad para población en condición de discapacidad <input type="text"/> <input type="text"/> Demora en la asignación de citas <input type="text"/> <input type="text"/> Demora en la atención por parte del personal médico <input type="text"/> <input type="text"/> Problemas relacionados con los medicamentos <input type="text"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text"/> <input type="text"/>		Sí No 1. Medicina prepagada <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Plan complementario de salud con una EPS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Póliza de hospitalización o cirugía <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Seguros médicos estudiantiles <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Si en todas las opciones responde NO, pase a 11	
Valor mensual pagado o descontado (\$)		C.R.	Departamento	Municipio	Código	C.R.	Otro, ¿cuál?			Valor mensual (\$)		
01										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
02										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
03										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
04										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
05										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
06										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
07										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
08										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
09										1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

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

11. El estado de salud de... en general, es: Muy bueno <input type="checkbox"/> 1 Bueno <input type="checkbox"/> 2 Regular <input type="checkbox"/> 3 Malo <input type="checkbox"/> 4	12. ¿A ... le han diagnosticado alguna enfermedad crónica? (enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos como: enfermedades cardiovasculares-hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.). <div> Sí <input type="checkbox"/> 1 <div> ¿Recibe o recibió tratamiento formulado por el médico? <div> Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 </div> </div> </div> <div> No <input type="checkbox"/> 2 </div>		12A. Sin estar enfermo/a y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año: 1. Al médico? 2. Al odontólogo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		<div> Ahora se le preguntará acerca de las capacidades y habilidades para realizar algunas actividades de la vida cotidiana que pueden verse afectadas por dificultades físicas o mentales. </div> 13. Dada su condición física y mental, en su vida diaria ... tiene dificultades para realizar las siguientes actividades: <table> <tr> <th></th> <th>No puede hacerlo</th> <th>Sí, con mucha dificultad</th> <th>Sí, con alguna dificultad</th> <th>Sin dificultad</th> </tr> <tr> <td>1. Oír, aun usando audífonos medicados?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>2. Hablar o conversar?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>3. Ver, aun usando lentes o gafas?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>5. Agarrar o mover objetos con las manos?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo/a?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> </table> <div>Si en todas responde opción 3 ó 4, pase a pregunta 17</div>					No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad	1. Oír, aun usando audífonos medicados?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	2. Hablar o conversar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	3. Ver, aun usando lentes o gafas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	5. Agarrar o mover objetos con las manos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	14. ¿Esta dificultad de... fue ocasionada: Porque nació así? <input type="checkbox"/> 1 Por enfermedad? <input type="checkbox"/> 2 Por accidente laboral o enfermedad profesional? <input type="checkbox"/> 3 Por otro tipo de accidente? <input type="checkbox"/> 4 Por edad avanzada? <input type="checkbox"/> 5 Por el conflicto armado? <input type="checkbox"/> 6 Por violencia NO asociada al conflicto armado? <input type="checkbox"/> 7 Por otra causa? <input type="checkbox"/> 8 No sabe <input type="checkbox"/> 9 <div>Para opciones con respuesta 1 ó 2 en pregunta 13</div>	15. ¿Para estas dificultades... cuenta con: <div>Sí No</div> 1. Gafas, lentes de contacto, lentes intraoculares, programa computacional adaptado, regleta Braille, perro guía, otros? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. Bastón, silla de ruedas, muletas, caminador? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. Audífonos medicados, implantes cocleares, otros? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. Ayuda de otras personas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. Medicamentos o terapias? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. Prácticas de medicina ancestral? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
		No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Sin dificultad																																																		
1. Oír, aun usando audífonos medicados?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																			
2. Hablar o conversar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																			
3. Ver, aun usando lentes o gafas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																			
4. Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																			
5. Agarrar o mover objetos con las manos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																			
6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																			
7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																			
8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																			
	Le han diagnosticado enfermedades crónicas	Recibe tratamiento	Al médico	Al odontólogo																																																			

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

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

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

Una persona del hogar

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

Sí No

Una persona de otro hogar no remunerada

Una persona de otro hogar remunerada

Permanece solo/a

No requiere cuidado

C. R.

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

Sexo

Número de orden

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

Sí

No Pase a 34

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

Si es menor de un día anote 00

Número de días

19. Para tratar ese problema de salud, ¿qué hizo principalmente...?

Acudió a la entidad de seguridad social en salud de la cual es afiliado/a

Acudió de forma particular a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud Pase a 26

Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista

Consultó a un empírico, curandero, yerbatero, comadrona

Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) Pase a 25

Usó remedios caseros

Se autorrecetó

Nada

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

Sí

No Pase a 26

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

E

21

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

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

Sí

1

Pase a 23

No

2

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

El caso era leve

1

Esperó demasiado tiempo y no lo/la atendieron

2

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

3

No tenía identificación y por eso lo/la rechazaron

4

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

5

No le dieron información

6

No sabe/no responde

9

Después de diligenciar esta pregunta, pase a 34

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

Lo atendieron inmediatamente

1

En máximo 30 minutos

2

Entre 31 minutos y una hora

3

Más de una hora hasta dos horas

4

Más de dos horas

5

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

Médico/a general

1

} Pase a 27

Odontólogo/a

2

Especialista

3

Pase a 28

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

25. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no solicitó o no recibió atención médica?

- El caso era leve1
- No tuvo tiempo2
- El centro de atención queda lejos3
- Falta de dinero4
- Mal servicio o cita distanciada en el tiempo5
- No lo/a atendieron6
- No confía en los médicos7
- Consultó antes y no le resolvieron el problema8
- Muchos trámites para la cita9
- No le cubrían o no le autorizaron la atención10
- Le hacen esperar mucho para atenderlo/a11
- Dificultad para viajar12
- Otro13

Después de diligenciar, pase a pregunta 34.

26. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico/a general u odontólogo/a?

- Médico/a general1
- Odontólogo/a2
- Acudió directo al especialista3

Pase a 28

C. R. Número de días

27. ¿fue remitido/a a especialista?

Sí1

No2

28. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.) fue:

- Muy buena1
- Buena2
- Mala3
- Muy mala4

Pase a 30

29. ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?

- Trámites excesivos o dispendiosos1
- Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.)2
- Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial3
- Condiciones deficientes de infraestructura, dotación, mobiliario o accesibilidad para población en condición de discapacidad4
- Demora en la asignación de citas5
- Demora en la atención por parte del personal médico6
- Problemas relacionados con los medicamentos7
- Otro, ¿cuál?8

C. R. Otro, ¿cuál?

01

02

03

04

05

06

07

08

09

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

<div><div>30. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó... para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</div><div><div></div><div>EPS o entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado/a</div><div>Plan o seguro voluntario (Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)</div><div>Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)</div><div>Secretaría de salud o la alcaldía</div><div>Recursos propios o familiares</div><div>Recursos de otras personas</div><div>No se requirió pago</div></div></div>						<div><div>31. Por esta enfermedad, ¿a... le formularon medicamentos?</div><div><div>Sí</div><div>No</div></div></div>						<div><div>32. ¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a... por cuenta de la institución a la cual está afiliado/a?</div><div><div>Sí, todos</div><div>Sí, algunos</div><div>No</div></div></div>						<div><div>33. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?</div><div><div>No están incluidos en el plan de beneficios en salud o POS o no le autorizaron</div><div>No había los medicamentos recetados</div><div>No había la cantidad requerida</div><div>Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica</div><div>No hizo las gestiones para reclamarlos</div><div>No tenía dinero</div><div>Acudió a médico particular</div><div>Otra, ¿cuál?</div></div></div>						<div>Observaciones:</div>					
01	1	2	3	4	5	6	7																						
02	1	2	3	4	5	6	7																						
03	1	2	3	4	5	6	7																						
04	1	2	3	4	5	6	7																						
05	1	2	3	4	5	6	7																						
06	1	2	3	4	5	6	7																						
07	1	2	3	4	5	6	7																						
08	1	2	3	4	5	6	7																						
09	1	2	3	4	5	6	7																						

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

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

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

01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	

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

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

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

Sí 1
No 2

2. Cirugías o procedimientos ambulatorios?

Sí 1

A través de EPS 1

Médico particular 2

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

No 2

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

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

Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más

Frecuencia:

1 Cigarrillo, tabaco?

Sí 1

No 2

Diariamente 1
Algunos días de la semana 2
Menos de una vez por semana 3

2 Vapeador o cigarrillo electrónico?

Sí 1

No 2

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

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

Sí 1

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

Con qué frecuencia consume las bebidas azucaradas:

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

No 2

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

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

Sí 1

Formule esta pregunta solo para personas de 2 años y más

Con qué frecuencia consume alimentos de paquete:

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

No 2

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

01

02

03

04

05

06

07

08

09

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

<p>39. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado/a?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>Si es mujer y D4>=10, pase a 43. Si D4<6, pase a 46. Si es hombre >5 años o si es mujer entre 6 y 9 años, termine capítulo.</p>	<p>40. ¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización? (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</p> <table><tr><td></td><td>Si</td><td>No</td></tr><tr><td>1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a</td><td><input type="text" value="1"/></td><td><input type="text" value="2"/></td></tr><tr><td>2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)</td><td><input type="text" value="1"/></td><td><input type="text" value="2"/></td></tr><tr><td>3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)</td><td><input type="text" value="1"/></td><td><input type="text" value="2"/></td></tr><tr><td>4. Secretaría de salud o la alcaldía</td><td><input type="text" value="1"/></td><td><input type="text" value="2"/></td></tr><tr><td>5. Recursos propios o familiares</td><td><input type="text" value="1"/></td><td><input type="text" value="2"/></td></tr></table> <p>Si estuvo hospitalizado/a más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</p>		Si	No	1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	5. Recursos propios o familiares	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<p>41. ¿Cuánto pagó en total ...por esta hospitalización?</p> <p>A través de EPS <input type="text" value="1"/></p> <p>Servicio particular o plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="text" value="2"/></p> <p>1. Valor \$</p> <p>2. Valor \$</p>	<p>42. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:</p> <p>Muy buena <input type="text" value="1"/></p> <p>Buena <input type="text" value="2"/></p> <p>Mala <input type="text" value="3"/></p> <p>Muy mala <input type="text" value="4"/></p>	<p>43. ¿... ha estado embarazada alguna vez en su vida?</p> <p>Para mujeres de 10 años y más</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> Termina capítulo</p> <p>Si no ha tenido hijos vivos y tiene más de 49 años, termina capítulo</p> <p>Si tiene más de 49 años, termina capítulo</p> <table><tr><td>C. R.</td><td>¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?</td><td>¿A qué edad tuvo su primer hijo?...</td></tr></table>	C. R.	¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?	¿A qué edad tuvo su primer hijo?...
	Si	No																							
1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																							
2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																							
3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																							
4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																							
5. Recursos propios o familiares	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																							
C. R.	¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?	¿A qué edad tuvo su primer hijo?...																							
01	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								
02	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								
03	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								
04	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								
05	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								
06	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								
07	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								
08	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								
09	1. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 2. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 3. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 4. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 5. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>																								

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

<p>44. ¿... está embarazada actualmente?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> Termine capítulo</p>		<p>45. ¿Asiste a control prenatal?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> Después de diligenciar, termine capítulo</p>		<p align="center">Las preguntas 46 a 48 son solo para personas menores de 6 años</p>			
<p>46. ¿... tiene el esquema completo de vacunación, según su edad?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>		<p>47. ¿Llevan a... a control de crecimiento y desarrollo?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> ¿Cuántas veces le llevaron durante los ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="text" value="1"/> Termine capítulo</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>		<p>48. ¿Cuál fue la principal razón para no llevar a ... a un control de crecimiento y desarrollo?</p> <p>No pensó que fuera necesario llevarlo/a a consulta <input type="text" value="1"/></p> <p>La consulta es muy cara, no tiene plata <input type="text" value="2"/></p> <p>El lugar donde le atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca <input type="text" value="3"/></p> <p>No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo <input type="text" value="4"/></p> <p>No está afiliado/a a EPS o a régimen subsidiado <input type="text" value="5"/></p> <p>No consiguió cita cercana en el tiempo o le atienden muy mal <input type="text" value="6"/></p> <p>Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados <input type="text" value="7"/></p> <p>Considera que no está en edad o es recién nacido/a <input type="text" value="8"/></p> <p>No tiene registro civil de nacimiento <input type="text" value="9"/></p> <p>Cambio de EPS o de municipio <input type="text" value="10"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="11"/></p>			
C. R.		Número de veces		C. R.		Otra, ¿cuál?	

Observaciones:

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

1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?		2. ¿Cuál es la razón principal por la que... no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio?		3. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste?		4. Durante este año escolar ¿pagó matrícula para ... ?	
<p>Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio <input type="checkbox"/> 1 Pase a 3</p> <p>Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con empleado/a o niño/a en la casa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Al cuidado de un/a pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Al cuidado de un/a pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En casa solo <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p>		<p>No hay una institución cercana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Es muy costoso <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No encontró cupo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Prefiere que no asista todavía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Tiene un/a familiar en la casa que lo/la cuida <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Considera que no está en edad de asistir o es recién nacido/a <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Temor a que el niño/a se contagie de alguna enfermedad <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Después de diligenciar esta pregunta pase a 12. ↓</p>		<p>Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Centro de desarrollo infantil público <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Jardín o colegio oficial <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Jardín o colegio privado <input type="checkbox"/> 5</p>		<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	
C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	Valor \$		
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

Durante este AÑO ESCOLAR, el hogar:						El hogar paga:						11. ¿El mes pasado se hicieron pagos para ... por algún otro concepto en ese establecimiento?	
5. ¿Pagó uniformes para ... ?	6. ¿Pagó en el establecimiento educativo libros, útiles escolares o elementos de aseo para ... ?	7. ¿Compró libros y útiles escolares por fuera del establecimiento para ... ?	8. ¿Pensión o cuota de participación para ... ?	9. ¿Transporte para ... ?	10. ¿Al establecimiento alimentación para ... ?								
<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>	<div> <div>Sí <input type="checkbox"/></div> <div>No <input type="checkbox"/></div> </div>			
C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor \$
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													

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

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

Sí 1

No 2 Pase a 14

Tenga presente que:

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

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

13. ¿ ... paga por esta alimentación?

Sí, completamente 1

Si, por un pago simbólico 2

a. ¿Valor que paga DIARIO?

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

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

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

No paga, la recibe o la lleva del hogar 4

2

3

C. R.

a. Valor (\$)

b. Valor (\$)

a. Valor (\$)

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

Sí 1

No 2 Pase a 16

Tenga presente que:

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

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

15. ¿ ... paga por esta alimentación?

Sí, completamente 1

Si, por un pago simbólico 2

a. ¿Valor que paga DIARIO?

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

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

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

No paga, la recibe o la lleva del hogar 4

2

3

C. R.

a. Valor (\$)

b. Valor (\$)

a. Valor (\$)

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

F

31

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

16. ¿Con quién permanece ... después de asistir al hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio, o durante la mayor parte del tiempo entre semana?		17. ¿Cuántos años tiene esta persona?		18. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?		19. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza esta persona con ...?		20. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?	
<p>Si F1 = 7 permanece en casa solo/a, no formule esta pregunta y termine capítulo</p> <p>Una persona de este hogar <input type="text"/> Número de orden → Pase a 19</p> <p>Una persona de otro hogar <input type="text"/></p>									
C. R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años					

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

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

1. ¿Sabe leer y escribir?

Sí 1

No 2

2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)

Sí 1 Pase a 6

No 2

Si es menor de 35 años, continúe.

Si tiene 35 años o más, pase a 4.

3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie?

Espera respuesta

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

Considera que no está en edad escolar

Considera que ya terminó

Falta de dinero o costos educativos elevados

Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños/as y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.)

Por embarazo

Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia

Falta de cupo

No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano

Necesita trabajar

No le gusta o no le interesa el estudio

Por enfermedad

Necesita educación especial

Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual

Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante

Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos)

Otra razón, ¿cuál?

C. R.

Otra razón, ¿cuál?

4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y el último año o grado aprobado en este nivel?

Ninguno

Preescolar

Básica primaria (1.º-5.º)

Básica secundaria (6.º-9.º)

Media (10.º-13.º)

Técnico sin título

Técnico con título

Tecnológico sin título

Tecnológico con título

Universitario sin título

Universitario con título

Posgrado sin título

Posgrado con título

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

Si es menor de 18 años, pase a pregunta 33. De lo contrario, termine capítulo.

Nivel

Grado o año aprobado:

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

G

33

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

<p>5. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</p> <p>Si es menor de 18 años, pase a pregunta 33. De lo contrario, termine capítulo.</p>	<p>6. ¿En qué nivel está matriculado/a... y qué grado o año cursa?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>Preescolar</p> <p>Básica primaria (1.º-5.º)</p> <p>Básica secundaria (6.º-9.º)</p> <p>Media (10.º-13.º)</p> <p>Técnico</p> <p>Tecnológico</p> <p>Universitario</p> <p>Posgrado</p> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">5</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">6</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">7</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">8</div> </div> </div> <div style="margin-left: 10px; text-align: center;"> <p>→ Pase a 8</p> </div>	<p>7. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</p>	<p>8. El establecimiento donde estudia... es:</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>Oficial</p> <p>No oficial</p> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div> </div> </div> <div style="margin-top: 20px; border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p>Si G6= 5, 6, 7 u 8, el nivel educativo es técnico, tecnológico, universitario o postgrado; pase a 10</p> </div>
<p>Número de años</p>	<p>Nivel</p> <p>Grado o año que cursa</p>	<p>Número de años</p>	<p>C. R.</p> <p>Con subsidio del Estado</p> <p>Sin subsidio</p>

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.

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

9. ¿En qué jornada estudia ...?	10. ¿En qué modalidad(es) o a través de qué medio(s) se encuentra estudiando ... actualmente?	11. El establecimiento educativo se localiza en:																												
<p>Mañana <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Tarde <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Noche <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Única o completa <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Fin de semana <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> Formule las alternativas 4 a 6 solo para G6=1, 2, 3, o 4 </div> <table style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> <tr> <td>1. Presencial</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Virtual (a través de internet en computador de escritorio, portátil, tableta o celular)</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3. Alternancia entre presencial y virtual</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4. Guías/cartillas asignadas por el profesor</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>5. Ve programas educativos en la televisión</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>6. Escucha programas educativos en la radio</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>7. Otro. ¿Cuál?</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> Si solo marca "sí" en las opciones 2, 4, 5 y/o ó y: i) G6=1, 2, 3 o 4, pase a 15; ii) G6 >4, pase a 19 </div>		Sí	No	1. Presencial	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	2. Virtual (a través de internet en computador de escritorio, portátil, tableta o celular)	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	3. Alternancia entre presencial y virtual	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	4. Guías/cartillas asignadas por el profesor	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	5. Ve programas educativos en la televisión	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	6. Escucha programas educativos en la radio	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	7. Otro. ¿Cuál?	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;"> Este municipio <input style="width: 30px;" type="text"/> Otro municipio <input style="width: 30px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> </div> <table style="width: 100%; border-top: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 5%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">C.R.</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">Departamento</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">Municipio</td> <td style="width: 25%; border-left: 1px solid black; text-align: center;">Código</td> </tr> </table>	C.R.	Departamento	Municipio	Código
	Sí	No																												
1. Presencial	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
2. Virtual (a través de internet en computador de escritorio, portátil, tableta o celular)	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
3. Alternancia entre presencial y virtual	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
4. Guías/cartillas asignadas por el profesor	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
5. Ve programas educativos en la televisión	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
6. Escucha programas educativos en la radio	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
7. Otro. ¿Cuál?	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
C.R.	Departamento	Municipio	Código																											

01		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						
02		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						
03		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						
04		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						
05		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						
06		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						
07		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						
08		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						
09		1. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	2	5	1	2. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	2	6	1	3. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td></tr></table>	1	2	7	1	4. <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2				
1	2																						
5	1																						
1	2																						
6	1																						
1	2																						
7	1																						
1	2																						

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

11A. Este establecimiento está ubicado en: Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1 Corregimiento, inspección de policía o caserío <input type="checkbox"/> 2 Vereda o campo <input type="checkbox"/> 3	12. ¿Qué medio de transporte utiliza principalmente ... para ir a la institución a la que asiste? Vehículo particular <input type="checkbox"/> 1 Transporte escolar (ruta escolar) <input type="checkbox"/> 2 Transporte público <input type="checkbox"/> 3 A pie <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Caballo, mula <input type="checkbox"/> 6 Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8	13. ¿Cuántos minutos gasta para ir a la institución a la que asiste? Minutos	14. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, refrigerios, almuerzos) en forma gratuita o por un pago simbólico? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
			C.R	a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$)	b. Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

15. ¿... tuvo comunicación con sus maestros la semana pasada? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <div style="text-align: right;">↓</div>	16. ¿... ha recibido respuesta por parte del maestro/a a preguntas sobre las actividades educativas asignadas? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No ha hecho preguntas <input type="checkbox"/> 3	17. ¿Cuál(es) medio(s) utiliza ... para comunicarse con sus maestros? <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>1. Mensaje de texto</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>2. Correo electrónico</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3. Teléfono (llamadas de voz)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Aplicaciones en línea (videoconferencias en Zoom, Microsoft Teams, Skype, Google Meet, WebEx, Classroom, Integra, Google for Education, Aprender Digital contenido para todos)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>5. Whatsapp</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>6. Otro. ¿Cuál?</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>		Sí	No	1. Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	2. Correo electrónico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	3. Teléfono (llamadas de voz)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Aplicaciones en línea (videoconferencias en Zoom, Microsoft Teams, Skype, Google Meet, WebEx, Classroom, Integra, Google for Education, Aprender Digital contenido para todos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	5. Whatsapp	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	6. Otro. ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	18. ¿Cuántas horas al día dedicó ... a estudiar la semana pasada? (Incluya actividades como recibir clases, leer, repasar, revisar apuntes, buscar información, practicar, hacer tareas) <table border="0"> <tr> <td>Menos de 1 hora</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Entre 1 - 2 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Entre 2 - 3 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Entre 3 - 4 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Entre 4 - 6 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Más de 6 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </table>	Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> 1	Entre 1 - 2 horas	<input type="checkbox"/> 2	Entre 2 - 3 horas	<input type="checkbox"/> 3	Entre 3 - 4 horas	<input type="checkbox"/> 4	Entre 4 - 6 horas	<input type="checkbox"/> 5	Más de 6 horas	<input type="checkbox"/> 6	19. Durante este AÑO ESCOLAR el hogar pagó: ¿Matrículas para ... ? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <div style="text-align: right;">↓</div>	20. Durante este AÑO ESCOLAR el hogar pagó: ¿Uniformes para ...? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <div style="text-align: right;">↓</div>
	Sí	No																																				
1. Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																				
2. Correo electrónico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																				
3. Teléfono (llamadas de voz)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																				
Aplicaciones en línea (videoconferencias en Zoom, Microsoft Teams, Skype, Google Meet, WebEx, Classroom, Integra, Google for Education, Aprender Digital contenido para todos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																				
5. Whatsapp	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																				
6. Otro. ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																				
Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> 1																																					
Entre 1 - 2 horas	<input type="checkbox"/> 2																																					
Entre 2 - 3 horas	<input type="checkbox"/> 3																																					
Entre 3 - 4 horas	<input type="checkbox"/> 4																																					
Entre 4 - 6 horas	<input type="checkbox"/> 5																																					
Más de 6 horas	<input type="checkbox"/> 6																																					
C. R.	¿Cuántas veces?			C. R.	Valor \$	C. R.	Valor \$																															

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				
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				
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				
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				
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				
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				
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				
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				
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				

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

21. Durante este AÑO ESCOLAR el hogar pagó: ¿Lista de útiles escolares, compra o alquiler de textos para ...? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <div>Una vez diligenciada la pregunta, tenga en cuenta: si (G6= 5, 6, 7 ó 8) el nivel educativo es técnico, tecnológico, universitario o postgrado pase a 25</div>	22. El hogar paga por: ¿Pensión para ...? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	23. El hogar paga por: ¿Transporte escolar para: ...? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	24. El hogar paga por: ¿Alimentación en el establecimiento educativo para ...? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	25. 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 <div>No incluya el valor registrado en G21</div>	26. EL MES PASADO, el hogar realizó otros pagos como: bingos, salidas pedagógicas, etc. en el establecimiento educativo para ...? (Incluya pagos como: eventos culturales, contribuciones para mantenimiento de equipos, sistematización de calificaciones, etc.) Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	27. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 29 <div>Frecuencia: Mensual <input type="checkbox"/> 1 Bimestral <input type="checkbox"/> 2 Semestral <input type="checkbox"/> 3 Anual <input type="checkbox"/> 4</div>								
C.R.	Valor \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C. R.	Valor (\$)	Frecuencia

01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														

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

28. ¿De quién recibió la beca para estudiar? De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1 Icetex <input type="checkbox"/> 2 Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3 Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4 Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5 Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6 Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7 Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8	29. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 31 Frecuencia: Mensual <input type="checkbox"/> 1 Bimestral <input type="checkbox"/> 2 Semestral <input type="checkbox"/> 3 Anual <input type="checkbox"/> 4	30. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar? De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1 Icetex <input type="checkbox"/> 2 Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3 Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4 Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5 Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6 Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7 Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8	31. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... ha recibido crédito educativo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 33 Frecuencia: Mensual <input type="checkbox"/> 1 Bimestral <input type="checkbox"/> 2 Semestral <input type="checkbox"/> 3 Anual <input type="checkbox"/> 4	32. ¿Quién le concedió el crédito educativo? Icetex <input type="checkbox"/> 1 Fondo Nacional del Ahorro <input type="checkbox"/> 2 Banco o corporación <input type="checkbox"/> 3 Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 4 Establecimiento educativo <input type="checkbox"/> 5 Fundación (ONG) <input type="checkbox"/> 6 Cooperativa <input type="checkbox"/> 7 Otra entidad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> Si es menor de 18 años, continúe. De lo contrario, termine capítulo. </div>
	C. R. Valor (\$) Frecuencia		C.R. Valor (\$) Frecuencia	C.R. ¿Cuál?

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

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

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años.

Una persona de este hogar ☐ 1 Número de orden → Si asiste, pase a 36. Si no asiste, termina capítulo

Una persona de otro hogar ☐ 2

Una institución ☐ 3 Si asiste, pase a 36. Si no asiste, termina capítulo

Permanece solo ☐ 4

34. ¿Cuántos años tiene esta persona?

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

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

36. Cuáles de las siguientes actividades realiza ... fuera de la jornada escolar:

- Participa en cursos, talleres o grupos artísticos (música, teatro, danza, pintura, etc.) ☐ 1
- Participa en cursos, talleres o grupos de ciencia y tecnología (computación, botánica, robótica, etc.) ☐ 2
- Asiste a cursos, prácticas o escuelas deportivas (fútbol, gimnasia, natación, tenis, atletismo, etc.) ☐ 3
- Participa en grupos de estudio ☐ 4
- Sale al parque ☐ 5
- Lee libros ☐ 6
- Juega ☐ 7
- Ninguna de las anteriores ☐ 8

Si asiste, continúe. Si no asiste, termina capítulo.

Observaciones:

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

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

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

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor mensual (\$)

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

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor mensual (\$)

31. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:

Después de diligenciar pase a la pregunta 34

1. ¿Prima de servicios?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

2. ¿Prima de navidad?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

3. ¿Prima de vacaciones?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

4. ¿Bonificaciones?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe, no informa ☐ 9

C. R. Valor (\$)

01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													

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

<p>32. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO ?</p> <p>Si no obtuvo ganancias, escriba 00.</p>	<p>33. ¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?</p> <p>Solo para centros poblados y área rural dispersa</p>	<p>34. ¿Cuántas personas, incluido/a usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?</p> <p>Espera respuesta</p> <p>Trabaja solo/a <input type="text" value="1"/></p> <p>2 a 3 personas <input type="text" value="2"/></p> <p>4 a 5 personas <input type="text" value="3"/></p> <p>6 a 10 personas <input type="text" value="4"/></p> <p>11 a 19 personas <input type="text" value="5"/></p> <p>20 a 30 personas <input type="text" value="6"/></p> <p>31 a 50 personas <input type="text" value="7"/></p> <p>51 a 100 personas <input type="text" value="8"/></p> <p>101 o más personas <input type="text" value="9"/></p>	<p>35. Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?</p> <p>Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="text" value="1"/></p> <p>En la vivienda que habita <input type="text" value="2"/> Pase a 38</p> <p>En otras viviendas <input type="text" value="3"/></p> <p>En kiosco-caseta <input type="text" value="4"/></p> <p>En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) <input type="text" value="5"/></p> <p>Puerta a puerta <input type="text" value="6"/></p> <p>Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario) <input type="text" value="7"/></p> <p>En el campo o área rural, mar o río <input type="text" value="8"/></p> <p>En una obra de construcción <input type="text" value="9"/></p> <p>En una mina o cantera <input type="text" value="10"/></p>	<p>35A. La empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja está ubicada en:</p> <p>En este municipio <input type="text" value="1"/></p> <p>En otro municipio <input type="text" value="2"/></p>			
Honorarios o ganancia neta en el MES PASADO (\$)	Honorarios o ganancia neta en los ULTIMOS 12 MESES (\$)			C. R.	Departamento	Municipio	Código
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

<div>36. El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:</div> <div><div>Bus intermunicipal</div><div>1</div></div> <div><div>Bus urbano</div><div>2</div></div> <div><div>A pie</div><div>3</div></div> <div><div>Metro</div><div>4</div></div> <div><div>Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros)</div><div>5</div></div> <div><div>Taxi</div><div>6</div></div> <div><div>Transporte de la empresa</div><div>7</div></div> <div><div>Automóvil de uso particular</div><div>8</div></div> <div><div>Lancha, planchón, canoa</div><div>9</div></div> <div><div>Caballo</div><div>10</div></div> <div><div>Moto</div><div>11</div></div> <div><div>Bicicleta</div><div>12</div></div> <div><div>Otro</div><div>13</div></div>	<div>37. ¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo? (incluya tiempo de espera del medio de transporte)</div>	<div>38. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?</div>	<div>39. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?</div>	<div>40. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?</div> <div><div>Solo realice esta pregunta si H39 es menor a H38.</div></div> <div><div>Enfermedad, permiso o licencia</div><div>1</div></div> <div><div>Festivos</div><div>2</div></div> <div><div>Vacaciones</div><div>3</div></div> <div><div>Capacitación</div><div>4</div></div> <div><div>Suspensión o terminación del empleo</div><div>5</div></div> <div><div>Reducción de la actividad económica de la empresa o del negocio</div><div>6</div></div> <div><div>No tiene horario (trabajo ocasional, por días, independiente)</div><div>7</div></div> <div><div>Otra, ¿cuál?</div><div>8</div></div>	
	Minutos	Horas	Horas	C. R.	Otra, ¿cuál?

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

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

44. ¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?	45. El mes pasado ¿recibió algún ingreso por concepto de trabajo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Si en pregunta 43 respondió 1, no haga esta pregunta.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Sí No No sabe, no informa </div> <div style="text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">9</div> </div> </div>	46. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Sí No Ya es pensionado </div> <div style="text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</div> </div> </div> <div style="margin-left: 100px;"> } → Pase a 48 </div>	47. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Fondo privado? Colpensiones? Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Magisterio, etc.?) Fondo subsidiado (Programa de Subsidio al Aporte en Pensión, Colombia Mayor, Prosperar)? No sabe </div> <div style="text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</div> </div> </div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Código</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">C. R.</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">Valor (\$)</div>

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

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

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

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

Sí

No

No sabe,
no informa

1

2

9

C. R.

Valor (\$)

55. Adicional a las actividades que
me informó haber realizado
la semana pasada, ¿realizó
oficios en su hogar sin que
le pagaran?

Sí

No

1

2

C. R.

¿Cuántas horas a la semana?

Formule esta pregunta solo para
personas menores de 18 años.

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

Observaciones:

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

1A. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador de escritorio (en cualquier lugar)?	1B. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador portátil (en cualquier lugar)?	1C. ¿Con qué frecuencia utiliza... tableta (en cualquier lugar)?	2. ¿Con qué frecuencia utiliza... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?	3. ¿Cuáles de las siguientes actividades sabe hacer... en el computador de escritorio, portátil, tableta o cuando utiliza internet:	Sí	No
Todos los días de la semana <input type="checkbox"/>	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/>	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/>	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/>	1. Usar procesadores de texto (Word, Google Docs, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/>	2. Usar las funciones de copiar y pegar para duplicar o mover información entre documentos, dispositivos o en el almacenamiento utilizado través de internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/>	3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/>	4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No utiliza computador de escritorio <input type="checkbox"/>	No utiliza computador portátil <input type="checkbox"/>	No utiliza tableta <input type="checkbox"/>	No utiliza internet <input type="checkbox"/>	5. Usar fórmulas matemáticas básicas en una hoja de cálculo (Excel, OpenOffice Calc, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				6. Crear presentaciones mediante un programa especializado para ello (Power Point, Prezi, otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				7. Transferir archivos entre dispositivos o por internet (computador, USB, celular, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				8. Buscar, descargar, instalar o configurar programas computacionales (software) o aplicaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				9. Utilizar un lenguaje de programación especializado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				10. Implementar medidas de seguridad efectivas para proteger dispositivos y cuentas de internet (contraseñas fuertes, notificación de intento de conexión, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				11. Limitar la difusión de datos o información personal en dispositivos, cuentas o aplicaciones de internet (nombre, información de contacto, fotografías, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				12. Comprobar que las noticias o información que consulta o recibe a través de internet son ciertas o verdaderas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solo para personas que en preguntas 1a, 1b, 1c o 2, respondieron opciones 1 a 4.

Si en preguntas 1a, 1b, 1c y 2 responde opción 5, pase a 7

Si en pregunta 2 respondió opción 5, pase a 7

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"/>

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

4. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet:	5. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet:	6. ¿Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza...internet:
Computador de escritorio? <input type="checkbox"/>	En el hogar? <input type="checkbox"/>	Obtener información? (Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje) <input type="checkbox"/>
Computador portátil? <input type="checkbox"/>	En el trabajo? <input type="checkbox"/>	Enviar o recibir correos electrónicos? <input type="checkbox"/>
Tableta? <input type="checkbox"/>	En la institución educativa? <input type="checkbox"/>	Redes sociales? <input type="checkbox"/>
Teléfono celular? <input type="checkbox"/>	En centros de acceso público gratis? <input type="checkbox"/>	Comprar/ordenar productos o servicios? <input type="checkbox"/>
Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)? <input type="checkbox"/>	En centros de acceso público con costo (café internet)? <input type="checkbox"/>	Banca electrónica y otros servicios financieros? <input type="checkbox"/>
Televisor inteligente? <input type="checkbox"/>	En la vivienda de otra persona (pariente, amigo/a, vecino/a)? <input type="checkbox"/>	Educación y aprendizaje? <input type="checkbox"/>
Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)? <input type="checkbox"/>	En desplazamiento de un sitio a otro? <input type="checkbox"/>	Trámites con entidades del gobierno (nacional, departamental o municipal)? <input type="checkbox"/>
Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	Otro sitio? <input type="checkbox"/>	Descargar software, imágenes, juegos, música o jugar en línea? <input type="checkbox"/>
Solo para personas que en pregunta 2 respondieron opciones 1 a 4		Consulta de medios de comunicación (periódicos, revistas, radio, televisión, medios digitales, etc.)? <input type="checkbox"/>
		Televisión, videos, películas u otro contenido audiovisual para entretenimiento? <input type="checkbox"/>
		Buscar trabajo (inscribirse en una plataforma, aplicación o convocatoria de empleo)? <input type="checkbox"/>
		Servicios en la nube (guardar información, editar archivos, etc.)? <input type="checkbox"/>
		Vender productos o servicios? <input type="checkbox"/>
		Trabajar como requisito dentro de su empleo o actividad económica de independiente <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>
		Después de diligenciar esta pregunta, pase a 8

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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (Para personas de 5 años y más) (continuación)

7. ¿Cuál es la principal razón por la que... no utiliza internet?		8. ¿... tiene teléfono celular?		9. EL MES PASADO ¿... realizó pagos por el servicio de telefonía celular (pospago o prepago)?		10. A pesar de no tener teléfono celular, ¿... utiliza teléfono celular?		11. ¿Por qué medio(s)... utiliza el teléfono celular?		12. ¿Con qué frecuencia utiliza... teléfono celular?	
<p>Es muy costoso [1]</p> <p>No lo considera necesario [2]</p> <p>No sabe usarlo [3]</p> <p>No hay cobertura del servicio en la zona [4]</p> <p>No le tienen permitido usar internet [5]</p> <p>Por razones de seguridad o privacidad [6]</p> <p>Otra, ¿cuál? [7]</p>		<p>Sí [1]</p> <p>Teléfono celular convencional [1] [2]</p> <p>Teléfono celular inteligente (smartphone) [1] [2]</p> <p>No [2] → Pase a 10</p>		<p>Sí [1]</p> <p>No [2]</p> <p>Después de diligenciar esta pregunta, pase a 12</p>		<p>Sí [1]</p> <p>No [2] Pase a 14</p>		<p>Un vendedor de minutos [1]</p> <p>Prestado ocasionalmente por otra persona [2]</p>		<p>Todos los días de la semana [1]</p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día [2]</p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana [3]</p> <p>Al menos una vez al año, pero no cada mes [4]</p>	
C. R.	Otra, ¿cuál?	C. R.	Celular convencional	Celular inteligente (smartphone)	C.R.	Valor pagado \$					
01			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			
02			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			
03			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			
04			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			
05			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			
06			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			
07			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			
08			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			
09			[1] [2]	[1] [2]				[1] [2]			

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

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

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

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

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

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

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

Observaciones:

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

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

1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información.		2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?		3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?		4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?		5. ¿...trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?		6. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?		7. Adicional a las actividades que me informó haber realizado la semana pasada, ¿realizó oficios en su hogar sin que le pagaran?	
		Espere respuesta											
		Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6		Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6		Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6		Sí <input type="checkbox"/> 1				Sí <input type="checkbox"/> 1	
		Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 7				No <input type="checkbox"/> 2	
		Estudiando <input type="checkbox"/> 3											
		Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4											
		Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 7											
		Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6											
C. R.		Otra actividad, ¿cuál?								Código		C. R. ¿Cuántas horas?	
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													

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

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

- Propia, totalmente pagada → Pase a 3
- Propia, la están pagando
- En arriendo o subarriendo → Pase a 10
- Con permiso del propietario/a, sin pago alguno (usufructuario/a)
- Posesión sin título (ocupante de hecho) → Pase a 9
- Propiedad colectiva

2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ _____

Si tiene varios préstamos, coloque el valor correspondiente a la sumatoria de las cuotas de amortización.

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

- Sí
- No Pase a 4

3A. ¿Cuánto pagan mensualmente por el(los) seguro(s)?

\$ _____

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

- Sí
- No Pase a 6

Observaciones:

5. La escritura está a nombre de:

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

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

\$ _____

¿A cuántos años corresponde el pago?

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

\$ _____

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

Valor \$ _____

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

Valor \$ _____ Pase a 12

10. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo?

Valor \$ _____

Excluya el pago de administración o celaduría

11. ¿Qué tipo de contrato de arriendo tiene?

- Verbal
- Escrito

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

Valor \$ _____

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

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

Observaciones:

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

1. ¿Quién contesta el capítulo?

Jefe/a de hogar

Cónyuge

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

Seguro/a

Inseguro/a

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

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

4. ¿Usted se considera pobre?

Sí

No

5. Los ingresos de su hogar:

No alcanzan para cubrir los gastos mínimos

Alcanzan para cubrir los gastos mínimos

Cubren más que los gastos mínimos

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

¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?

1. Familias en Acción?

Sí →

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

No

Número de orden

2. Programa para adultos mayores (Colombia Mayor)?

Sí →

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

No

3. Ingreso solidario

Sí →

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

No

4. Otro, ¿cuál?

Sí →

¿Cuáles?

¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?

\$

No

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

Libras

Gramos

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

- | | Sí | No |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Máquina lavadora de ropa | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 2. Nevera o refrigerador | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 3. Estufa eléctrica o de gas | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 4. Horno eléctrico o de gas | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 5. Horno microondas | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 6. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 7. Plancha | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 8. Tv a color convencional (cuadrado o gordo) | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 9. Tv LCD, plasma o LED (delgado o diseño plano) | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 10. Reproductor de video (DVD, Blue-ray, otros) | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 11. Equipo de sonido | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 12. Aire acondicionado | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 13. Ventilador o abanico | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 14. Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod) | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 15. Consolas para juegos electrónicos: Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc. | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 16. Carro particular | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |

¿Cuántos?

17. Moto o motoneta

¿Cuántas?

18. Bicicleta

19. Casa, apartamento o finca de recreo

20. Servicio de televisión por suscripción cable, satelital, IPTV o antena parabólica

21. Cámara fotográfica digital o de video

22. Computador de escritorio

¿Cuántos?

23. Computador portátil

¿Cuántos?

24. Tableta

¿Cuántas?

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

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

Solo para hogares que en L8 en las opciones 22, 23 y 24 respondieron NO.

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

10. ¿El hogar tiene conexión a internet?

- Sí → Fijo Si No Si sólo tiene internet móvil, pase a 13
- No → Móvil Si No pase a 12

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

Solo para hogares en que L10 respondieron Sí en internet fijo.

- Sí
- No

Después de diligenciar, pase a L13

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

- Es muy costoso
- No lo considera necesario
- No tiene un dispositivo para conectarse
- Puede acceder desde el trabajo, la institución educativa, la vivienda de otra persona
- Puede conectarse sin costo desde lugares de acceso público
- No sabe usarlo
- No hay cobertura en la zona
- Otra

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

Solo para hogares que en L8 en las opciones 8 o 9 respondieron Sí.

1. Señal abierta → a. Análoga Sí No
- b. TDT Sí No
2. Cable
3. Satelital
4. IPTV
- Si no marcó ninguna de estas opciones, pase a L15

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

Solo para hogares que en L13 marcaron opciones 2 o 3 o 4

- Sí
- No

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

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

16. En los últimos 12 meses, ¿cuáles de los siguientes eventos se presentaron en su hogar?

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

Pase a L18

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

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

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

18. ¿Cómo considera usted la situación económica de su hogar comparada con la de hace 12 meses?

Mucho mejor	1	
-------------	---	--

Mejor	2	
-------	---	--

Equal 3

Peor	4	
------	---	--

Mucho peor	5	
------------	---	--

19. ¿Cómo cree usted que será la situación económica de su hogar dentro de 12 meses comparada con la actual?

Mucho mejor	1	
-------------	---	--

Mejor	2	
-------	---	--

Equal 3

Peor	4	
------	---	--

Mucho peor	5	
------------	---	--

20. ¿Cómo considera hoy la situación económica del país comparada con la de hace 12 meses?

Mucho mejor 1

Mejor	2	
-------	---	--

Igual	3	
-------	---	--

Peor	4	
------	---	--

Mucho peor	5	
------------	---	--

21. ¿Cómo considera que será la situación económica del país dentro de 12 meses comparada con la situación actual?

Mucho mejor	1	
-------------	---	--

Mejor	2	
-------	---	--

Equal 3

Peor	4	
------	---	--

Mucho peor	5	
------------	---	--

22. Comparando la situación económica actual con la de hace un año, ¿tiene en este momento mayores posibilidades de comprar ropa, zapatos, alimentos, etc?

Si

1	
---	--

Igual posibilidad	2	
-------------------	---	--

No	3	
----	---	--

23. Comparando la situación económica actual con la de hace un año, ¿cómo considera las posibilidades de que usted o alguno de los integrantes de su hogar realicen compras tales como muebles, televisor, lavadora, otros aparatos electrodomésticos, etc.?

Mayores	1	
---------	---	--

Iguales	2	
---------	---	--

Menores

3	
---	--

24. Durante los últimos 12 meses, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS hubo algún momento en que usted u otra persona del hogar:

	Sí	No	No sabe/ no informa
1. Se preocupó por no tener suficientes alimentos para comer	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

2. No pudo comer alimentos saludables y nutritivos

3. Consumió poca variedad de alimentos

4. Tuvo que saltar una comida (desayuno, almuerzo, comida o cena)

5. Comió menos de lo que pensaba que debía comer

6. El hogar se quedó sin alimentos

1	
---	--

2	
---	--

3	
---	--

7. Tuvo hambre pero no comió, debido a la falta de dinero u otros recursos para conseguir alimentos

8. No comió en un día entero

Observaciones:

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

25. ¿Cuántas personas que eran miembros de este hogar fallecieron el año anterior?

Ninguna Pase a 26

Al menos una

A continuación, registre las características de las personas fallecidas:

N°	1. Sexo		2. Parentesco con el jefe	3. Edad al morir	4. Se expidió certificado de defunción		5. Causa de la muerte	
	Hombre	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>			Sí	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>	Relacionada con COVID	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>
	Mujer	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>			No	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>	Otra	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>
	Código respuesta		Código respuesta	Años	Código respuesta		Código respuesta	
01								
02								
03								
04								
05								
06								

Códigos parentesco: 2. Pareja, esposo/a, cónyuge, compañero/a; 3. Hijo/a hijastro/a; 4. Nieto/a; 5. Padre, madre, padrastro, madrastra; 6. Suegro o suegra; 7. Hermano/a, hermanastro/a; 8. Yerno, nuera; 9. Otro/a pariente; 10. Empleado/a del servicio doméstico; 11. Pariente del servicio doméstico; 12. Trabajador/a; 13. Pensionista; 14. Otro/a no pariente.

26. ¿El hogar cuenta con libros infantiles o libros ilustrados para uso de los niños o niñas entre 2 y 10 años?

Sí ¿Cuántos?

Uno

Dos

Tres

Cuatro

Cinco o más

No

No hay niños o niñas de esas edades en el hogar Termine capítulo

27. Durante los últimos 15 días, ¿los niños del hogar entre 2 y 10 años han tenido acceso a contenidos de aprendizaje gratuitos a través de alguno de los siguientes medios?

1. Radio

2. Televisión

3. Computador con internet

4. Teléfono inteligente o tableta

5. Teléfono multifuncional que utiliza SMS (mensaje de texto)

6. Material escolar impreso (ej. libros de texto, deberes o copias)

7. Material de lectura impreso (ej. libros de lectura para niños)

8. Ninguno de las anteriores

Observaciones:

M. GASTOS DE LOS HOGARES

GASTOS SEMANALES

1. ¿Cuáles de los siguientes alimentos compró el hogar o adquirió sin tener que comprar durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS?		Marcar con una X los alimentos adquiridos	2. ¿De dónde lo obtuvieron?	3. ¿Cuál fue el valor total pagado en ... los ÚLTIMOS 7 DÍAS?	4. ¿En cuánto estima el precio de ... obtenido sin tener que pagar?
			1. Compra o pago por parte de algún integrante del hogar 2. Negocio del hogar 3. Regalo 4. Pago en especie 5. Intercambio o trueque		
Alimentos			Código respuesta	Valor (\$)	Valor (\$)
1	Arroz				
2	Pastas, avenas, trigo, maíz y sus derivados (Incluye harina de trigo, de maíz y precocidas)				
3	Pan, harina para tortas, cereal para desayuno, arepas y otros productos de panadería y galletería (para consumir en la vivienda)				
4	Carne de res y derivados (carne res, carne molida, vísceras)				
5	Carne de cerdo (costilla, tocino, vísceras)				
6	Carne de aves (gallina, pollo, pavo, otras aves)				
7	Mortadela, jamón, salchichas, salchichón, chorizo y otras carnes frías preparadas				
8	Pescado de río o de mar, otros productos marinos frescos, congelados o enlatados (sardinas, atún, mariscos)				
9	Leche (pasteurizada, larga vida, en polvo entera)				
10	Queso y derivados de la leche: crema de leche, yogurt, kumis, suero, mantequilla, avena líquida (para consumir en la vivienda)				
11	Huevos				
12	Aceites, manteca, margarina y otras grasas				
13	Frutas frescas, congeladas o en pulpa (aguacate, mango, maracuyá, banano, guayaba, limón, naranja, mora)				
14	Fríjol seco, arveja seca, lentejas, garbanzos y otros granos				
15	Plátano verde o maduro				
16	Papas, yuca, arracacha, ñame (incluye precocidos y harinas de yuca o plátano)				
17	Arveja verde, fríjol verde, habichuela, zanahoria, tomate, lechuga, pepino, cebolla, ajos y otras verduras				
18	Azúcar, otros endulzantes, bocadillo, mermeladas, miel, compotas, gelatina preparada				
19	Panela				
20	Dulces, caramelos, chocolatinas, helados y refrescos congelados, gelatinas, flanes y pudines en polvo				
21	Maní, mezclas con frutos secos, otra comida de paquete (papas fritas, chitos, maicitos, patacones)				
22	Enlatados, salsas, alimentos precocidos (pizza, lasaña, tamales), leche de fórmula para bebés				
23	Sal, condimentos, sopas y caldos para preparar				
24	Café, chocolate, té, aromáticas				
25	Agua embotellada o en bolsa; gaseosas; refrescos, jugos o té frío líquidos o en polvo, bebidas energizantes				
26	Gastos en uno o más de los anteriores alimentos para otros hogares				

M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)

SOLO PARA CENTROS POBLADOS Y ÁREA RURAL DISPERSA

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

- En la cabecera de este municipio
- En esta vereda
- En otra vereda del mismo municipio
- En otro municipio

SOLO APLICA EN ÁREAS URBANAS (Clase 1)

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

Lugar de compra:

- Hipermercados o almacenes de cadena
- Supermercados de barrio o graneros
- Tiendas
- Plaza de mercado o galería
- Vendedores ambulantes, mercado móvil o ventas callejeras
- Otros lugares especializados (carnicería, panadería, etc.)
- Autoconsumo o autosuministro
- No compra porque no consume

Código lugar de compra

- Carne, pollo y pescado
- Leche, queso y otros productos lácteos
- Frutas
- Huevos
- Verduras
- Arroz, pastas y otros cereales
- Granos, frijol, arveja, garbanzo, lenteja, etc.
- Tubérculos y plátanos

DESPERDICIO DE ALIMENTOS

7. ¿Con qué frecuencia se compran o adquieren en el hogar los siguientes alimentos?

		Todos los días	Al menos una vez por semana pero no todos los días	Cada 15 días	Una vez al mes	No se compra ni consume en el hogar
1	Carne, pollo y pescado	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
2	Leche, queso y otros productos lácteos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
3	Frutas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
4	Huevos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
5	Verduras	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
6	Arroz, pastas y otros cereales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
7	Granos, frijol, arveja, garbanzo, lenteja, etc.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
8	Tubérculos y plátanos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

8. ¿Cuáles de los siguientes alimentos tira o bota el hogar a la basura o a otro lugar (sanitario, lavaplatos, lote, río, quebrada)? No incluya los que se usan para alimentar animales o para abono

		Nunca se tira o se bota	Se tira o bota menos de una vez al mes	Se tira o bota varias veces al mes
1	Carne, pollo y pescado	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
2	Leche, queso y otros productos lácteos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
3	Frutas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
4	Huevos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
5	Verduras	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
6	Arroz, pastas y otros cereales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
7	Granos, frijol, arveja, garbanzo, lenteja, etc.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
8	Tubérculos y plátanos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

9. ¿Cuáles son las razones para que el hogar bote o tire a la basura o a otro lugar algunos(s) de esos alimentos?

1	Se compra más de lo que necesita el hogar	<input type="text" value="1"/>
2	Se prepara más de lo que necesita el hogar	<input type="text" value="1"/>
3	Se cumplen las fechas de consumo o vencimiento	<input type="text" value="1"/>
4	Daños en los alimentos (aspecto, sabor) por exceso de tiempo	<input type="text" value="1"/>
5	Daños en los alimentos (aspecto, sabor) por mala conservación o almacenamiento	<input type="text" value="1"/>
6	Falta de nevera o refrigerador para conservación o cortes de energía que afectan refrigeración	<input type="text" value="1"/>
7	Humedad o temperaturas extremas	<input type="text" value="1"/>

M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)

GASTOS PERSONALES

10. Durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS, una o más personas del hogar gastaron dinero en alguno de los siguientes artículos o servicios o los adquirieron sin tener que pagar:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	11. ¿De dónde lo obtuvieron?	12. ¿Cuál fue el valor total pagado en ... los ÚLTIMOS 7 DÍAS?	13. ¿En cuánto estima el precio de ... obtenido sin tener que pagar?
Artículos o servicios			Código respuesta	Valor (\$)	Valor (\$)
27	Bebidas alcohólicas (cerveza, aguardiente, ron, vino y otros)				
28	Cigarrillos, tabaco y derivados (incluye cigarrillos electrónicos)				
29	Servicio doméstico (interno o por días)				
30	Transporte urbano en bus, buseta, colectivo, metro, taxi, sistema integrado, mototaxi, bicitaxi, aplicaciones, transporte por río				
31	Café internet, compra de minutos de celular				
32	Almuerzos (corriente o a la carta)				
33	Comidas rápidas y bebidas, incluidos productos de panadería, máquinas dispensadoras, puestos en la calle, comida para llevar, domicilio.				
34	Apuestas y juegos de azar (chance, lotería, etc.)				
35	Gastos en uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares				

Observaciones:

M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)
GASTOS MENSUALES

14. El PASADO MES de ... los miembros de este hogar gastaron dinero en alguno de los siguientes artículos o servicios o los adquirieron sin tener que pagar:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	15. ¿De dónde lo obtuvieron?	16. ¿Cuál fue el valor total pagado en ... EL PASADO MES?	17. ¿En cuánto estima el precio de ... obtenido sin tener que pagar?
Artículos o servicios			Código respuesta	Valor (\$)	Valor (\$)
36	Bombillos, pilas, extensiones, multitomas, velas				
37	Jabones, detergentes, blanqueadores, desinfectantes, limpiadores para el hogar				
38	Elementos de aseo, ferretería y desechables (escobas, traperos, cepillos, puntillas, clavos, bolsas para basura, servilletas, platos desechables, encendedores)				
39	Alcohol, gel desinfectante				
40	Algodón, gasa, curitas, tapabocas, jeringas, bolsas de agua caliente				
41	Repuestos y accesorios para bicicleta o patineta sin motor para uso del hogar (rines, cadenas, sillines, candados)				
42	Reparación o mantenimiento de vehículo o moto de uso del hogar				
43	Combustible para vehículos de uso del hogar				
44	Aditivos, valvulinas, líquido para frenos, refrigerantes, agua para batería, etc.				
45	Parqueadero, peajes y gastos relacionados con la propiedad del vehículo (matrículas, traspasos, multas, revisión tecnicomecánica)				
46	Transporte intermunicipal (incluye transporte por río o mar e interveredal)				
47	Productos y servicios para sostenimiento de mascotas y animales domésticos (alimentos, jabón, acuarios, jaulas, baño, servicios de veterinaria, entrenamiento)				
48	Servicios recreativos y prestados por escenarios deportivos (gimnasio, cursos de deportes, parques de diversiones y juegos mecánicos, organización de fiestas, servicio de billar)				
49	Entrada física o virtual a teatros, museos, conciertos y cines				
50	Servicio de telefonía fija (pago individual)				
51	Servicio de internet fijo (pago individual)				
52	Suscripción a servicio de televisión (pago individual)				
53	Suscripción a plataformas de transmisión de video o música (pago individual)				
54	Combo o paquete con servicios de telefonía, internet fijo, televisión, plataformas de transmisión de video o música				
55	Libros en formato físico o electrónico (no incluye libros escolares); tarjetas, calendarios, afiches				
56	Periódicos y revistas (formato físico o electrónico)				
57	Cursos de educación no formal (idiomas, sistemas, preuniversitarios, seminarios, diplomados, profesores particulares)				
58	Gastos en discotecas, bares, tabernas (incluye comida, bebida y entrada)				

M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)

GASTOS MENSUALES

14 . Durante EL PASADO MES de ____ los miembros de este hogar adquirieron o realizaron pagos por algunos de los siguientes artículos o servicios:		15. ¿De dónde lo obtuvieron?	16. ¿Cuál fue el valor total pagado en ... EL PASADO MES?	17. ¿En cuánto estima el precio de ... obtenido sin tener que pagar
Artículos o servicios			Código respuesta	Valor (\$)
59	Corte de pelo, manicure, depilación y otros servicios de cuidado personal			
60	Artículos para la higiene personal (jabón, champú, desodorantes)			
61	Otros artículos de cuidado personal (crema dental, cepillo de dientes, enjuague bucal, toallas femeninas, pañales)			
62	Lavado y planchado de ropa fuera del hogar			
63	Hogares geriátricos, niñeras, enfermeras			
64	Pago de cuota de tarjeta débito o crédito, cuota de manejo, servicio de giros			
65	Transferencias a otros hogares (ayudas a padres, hermanos, hijos, etc.) o pensión alimenticia			
66	Envío de paquetes o encomiendas por correo			
67	Gastos en uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares			

Observaciones:

[illegible]

M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)

GASTOS TRIMESTRALES

18. Los ÚLTIMOS TRES MESES de ____ a ____ las personas de este hogar gastaron dinero en alguno de los siguientes artículos o servicios o los adquirieron sin tener que pagar:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	19. ¿De dónde lo obtuvieron?	20. ¿Cuál fue el valor total pagado en ... ÚLTIMOS TRES MESES?	21. ¿En cuánto estima el precio de ... obtenido sin tener que pagar?
Artículos o servicios			Código respuesta	Valor (\$)	Valor (\$)
68	Prendas de vestir para hombre				
69	Prendas de vestir para mujer				
70	Prendas de vestir para niño/a (sin incluir uniformes escolares) y bebé				
71	Otros artículos y accesorios de vestir (correas, pañoletas, gorros, cascos para motociclistas y ciclistas)				
72	Calzado para hombre, mujer, niño/a				
73	Repuestos y productos de limpieza para vehículos, motos, bicicletas y patinetas con motor para uso del hogar (llantas, rines, baterías, ceras, limpiadores)				
74	Discos, CDs, DVDs o USB con contenido (de música o videos)				
75	Artículos de viaje y bienes personales (maletas, morrales, billeteras, bolsos, gafas para el sol, sombrillas, abanicos, llaveros, sillas para el bebé en el vehículo)				
76	Reparación de calzado o de vestuario				
77	Gastos en uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares				

Observaciones:

M. GASTOS DE LOS HOGARES (continuación)
GASTOS ANUALES

22. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES de ____ a ____ las personas de este hogar gastaron dinero en alguno de los siguientes artículos o servicios o los adquirieron sin tener que pagar:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	23. ¿De dónde lo obtuvieron?	24. ¿Cuál fue el valor total pagado en ... ÚLTIMOS 12 MESES?	25. ¿En cuánto estima el precio de ... obtenido sin tener que pagar?
Artículos o servicios			Código respuesta	Valor (\$)	Valor (\$)
78	Muebles para el hogar, colchones, espejos que se puedan mover, artículos de decoración y reproducciones de obras de arte (no originales)		1. Compra o pago por parte de algún integrante del hogar 2. Negocio del hogar 3. Regalo 4. Pago en especie 5. Intercambio o trueque		
79	Cobijas, manteles, ropa de cama, cortinas, toallas y otros textiles para el hogar				
80	Nevera, estufa, lavadora, horno, otros electrodomésticos y gasodomésticos				
81	Ollas, vajillas, cubiertos, cristalería y otros utensilios de cocina				
82	Carro o automóvil nuevo para uso del hogar				
83	Moto, patineta o bicicleta con motor nuevos para uso del hogar				
84	Bicicleta sin motor nueva para uso del hogar, excepto las utilizadas por los niños				
85	Teléfono celular y accesorios (vidrios, protectores, cargadores) y teléfonos fijos				
86	Equipo de sonido, reproductor de video (DVD, blue ray), cámara digital, reproductor digital de música				
87	TV (convencional, plasma, LCD o LED)				
88	Computador (escritorio, portátil o tableta), dispositivo para lectura de libros, accesorios (monitor, impresora, escáner, tarjeta de memoria)				
89	Compra de programas de computador o software (Office, antivirus, especializados)				
90	Juegos y juguetes infantiles (incluye bicicletas para niños/as), artículos para fiestas (bombas, serpentinas), decoración de navidad (pesebres, árboles)				
91	Consolas para juegos electrónicos (Play station, Xbox, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.) y videojuegos en físico y por internet				
92	Aparatos eléctricos para cuidado personal y reparación (planchas para el pelo, máquinas de afeitar, cepillos eléctricos dentales)				
93	Anillos, relojes y otros artículos de joyería				
94	Reparación de bienes durables (neveras, etc.) y computadores, tabletas, televisores, equipos de sonido, teléfonos celulares, etc.				
95	Gastos en pintura y vidrios para el hogar, servicio de pintura e instalación de vidrios (ventanas)				
96	Pasajes en avión				
97	Pago de hoteles, pensiones, posadas, moteles, centros de vacaciones, alojamientos estudiantiles, internados				
98	Excursiones o paquetes turísticos completos, con o sin pernoctar				

M. GASTOS DE LOS HOGARES (conclusión)

GASTOS ANUALES

22. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES de ____ a ____ las personas de este hogar gastaron dinero en alguno de los siguientes artículos o servicios o los adquirieron sin tener que pagar:		Marcar con una X los artículos o servicios adquiridos	23. ¿De dónde lo obtuvieron?	24. ¿Cuál fue el valor total pagado en ... ÚLTIMOS 12 MESES?	25. ¿En cuánto estima el precio de ... obtenido sin tener que pagar
			1. Compra o pago por parte de algún integrante del hogar 2. Negocio del hogar 3. Regalo 4. Pago en especie 5. Intercambio o trueque		
Artículos o servicios			Código respuesta	Valor (\$)	Valor (\$)
99	Pagos por certificados y documentos (cédula, registro de nacimiento, de defunción, visa, libreta militar); servicios civiles y religiosos (entierros, bautismos, matrimonios), y pago de honorarios (abogados, contadores)				
100	SOAT y seguros todo riesgo y similares que amparan el vehículo				
101	Impuesto de vehículo, impuesto a la renta y complementarios				
102	Compra de bienes raíces diferentes a la vivienda que ocupan				
103	Compra de animales y semovientes para cría y levante (reses, cerdos, cabras, aves)				
104	Gastos en uno o más de los anteriores artículos o servicios para otros hogares				

Observaciones:

Contracarátula no va impresa pero cuenta (parte interior de la carátula)



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



@DANEColombia

Diseño, diagramación e impresión
Dirección de Difusión y Cultura Estadística del
Departamento Administrativo Nacional de Estadística
2022