

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

2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor/a

Nombre:

Observaciones:

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

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

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

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

CONTRA PORTADA
BLANCA

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 o acceso fluvial } 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"/> |

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

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

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

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

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

- Sí 1
- Sí, con el arriendo 2
- No pagan, pero tienen el servicio 3 → Pase a 5
- No tienen el servicio 4

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 1
- No 2 → Pase a 8

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

- Sí 1
- Sí, con el arriendo 2
- No pagan 3 → 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? _____

Observaciones: _____

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

- Inodoro conectado a alcantarillado 1 → Pase a 10
- Inodoro conectado a pozo séptico 2
- Inodoro sin conexión 3
- Letrina 4
- Inodoro con descarga directa a fuentes de agua (bajamar) 5 → Pase a 10
- No tiene servicio sanitario 6 → Pase a 13

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

- Los miembros del hogar 1
- Contratan un servicio especializado 2
- Otra persona o entidad 3
- No se realiza mantenimiento 4

10. El servicio sanitario está ubicado:

- Dentro de la vivienda 1
- Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno 2

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 1
- Compartido con personas de otros hogares 2

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

- Sí 1
- Sí, con el arriendo 2
- No pagan, pero tienen el servicio 3 → Pase a 15
- No tienen el servicio 4

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

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

- Se lavan con agua y jabón 1
- Se lavan con agua solamente 2
- Usan otro método para limpiarse (gel desinfectante o antibacterial, alcohol, toallas húmedas) 3
- No se limpian o lavan las manos 4

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

- La recogen los servicios del aseo 1
- La tiran a un río, quebrada, caño o laguna 2
- La tiran a un patio, lote, zanja o baldío 3 → Pase a 20
- La queman 4
- La entierran 5
- La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.) 6

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

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

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

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

Qué tipo de material clasifican:

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

No

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

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

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

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

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

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

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

- | | |
|--|---|
| Acueducto público | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Acueducto comunal o veredal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Pozo con bomba | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 26 |
| Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 26 |
| Agua lluvia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 27 |
| Río, quebrada, manantial o nacimiento | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 27 |
| Pila pública | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 26 |
| Carrotanque | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 28 |
| Aguatero | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 29 |
| Agua embotellada o en bolsa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 29 |

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

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

26. ¿Considera que el agua disponible es suficiente?

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

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

- | | |
|---|---|
| Dentro de la vivienda | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 29 |
| Fuera de la vivienda y del lote o terreno | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

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

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

29. El agua para beber principalmente:

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

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

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

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

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

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

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

Si en pregunta 30 respondió opción 6, pase a 35

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

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

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

Para menores de 10 años, pase a 8.

6. Actualmente...:

- No está casado/a y vive en pareja hace menos de dos años 1
- No está casado/a y vive en pareja hace dos años o más 2
- Está viudo/a 3
- Está separado/a o divorciado/a 4 → Pase a 8
- Está soltero/a 5
- Está casado/a 6

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

- Sí 1
- No 2

8. ¿Dónde nació...?

- En este municipio 1 → Pase a 9
- En otro municipio 2 → Pase a 9

En otro país 3

Continúe con 8A

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

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

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

Sí 1

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

No 2

10. ¿Dónde vivía..., hace 5 años?

No había nacido 1 → Pase a 12

En este municipio 2

En otro municipio 3

En otro país 4

Después de diligenciar esta opción, pase a pregunta 12

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

C. R. Departamento Municipio Código Otro país

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

El centro urbano donde está la alcaldía 1

Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo 2

12. ¿Dónde vivía..., hace 12 meses?

No había nacido 1 → Pase a 14

En este municipio 2

En otro municipio 3

En otro país 4

Después de diligenciar esta opción, pase a pregunta 13

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

C. R. Departamento Municipio Código Otro país

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

<p>12A. El lugar donde vivía... hace 12 meses era:</p> <p>El centro urbano donde está la alcaldía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">Si en pregunta 12 respondió opción 2, después de diligenciar pase a 14</p>	<p>13. ¿Cuál fue el principal motivo por el que... cambió el lugar donde residía hace 12 meses?</p> <p>Trabajo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Estudio <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Salud <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Desastres naturales <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Conformación de un nuevo hogar <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Acompañar a otros miembros del hogar <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Motivos culturales asociados a grupos étnicos <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Adquisición de vivienda propia <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11</p> <p>C. R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>	<p>14. El padre de... ¿vive en este hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 16</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fallecido <input type="checkbox"/> 3</p> <p>C. R. <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/></p>	<p>15. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...?</p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 10</p>
---	---	--	--

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<p>16. La madre de... ¿vive en este hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 18</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fallecida <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>17. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?</p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>18. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:</p> <p>Indígena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Gitano/a (Rom) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Palenquero/a de San Basilio <input type="checkbox"/> 4 → Si tiene 15 años o más pase a 20, de lo contrario termine capítulo</p> <p>Negro/a, mulato/a, afrodescendiente, afrocolombiano/a <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Ningún grupo étnico <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>19. ¿A cuál pueblo o etnia indígena pertenece...?</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">Si tiene menos de 15 años termine capítulo</p>				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:10%;">C. R.</th> <th style="width:10%;">Número de orden</th> </tr> </table>	C. R.	Número de orden			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:70%;">Pueblo o etnia indígena</th> <th style="width:30%;">Código</th> </tr> </table>	Pueblo o etnia indígena	Código
C. R.	Número de orden						
Pueblo o etnia indígena	Código						

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

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

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			

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

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

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

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

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

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

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

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

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>26. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su nivel de seguridad actualmente?</p> <p> <input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho/a <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho/a </p>	<p>27. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su trabajo/actividad actualmente?</p> <p> <input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho/a <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho/a </p>	<p>28. En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente _____ con su tiempo libre?</p> <p> <input type="text" value="10"/> Totalmente satisfecho/a <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> Totalmente insatisfecho/a </p>
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		

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

Las preguntas 29 a 31 tratan sobre cómo se sintió el día de ayer en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que no experimentó "para nada" esa sensación y 10 significa que experimentó "todo el tiempo" esa sensación.

En una escala de 0 a 10, donde 0 significa que siente que las cosas que hace en su vida «no valen la pena» y 10 significa que «valen totalmente la pena»:

Imagine una escalera con escalones numerados de 0 a 10, donde 0 es el escalón más bajo y 10 el escalón más alto. El más alto representa la mejor vida que usted podría tener y el más bajo, la peor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

E. SALUD (Para todas las personas del hogar)

<p>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])</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 9</p>	<p>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])</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 style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Después de responder la pregunta, pase a 9.</p> <p>C. R. <input type="text"/> Otra razón, ¿cuál? <input type="text"/></p>	<p>3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado/a?</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>4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?</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>5. ¿De quién es beneficiario/a...?</p> <p>De una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>De una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Después de responder la pregunta, pase a 6A</p> <p>C. R. <input type="text"/> Número de orden <input type="text"/></p>
---	--	--	---	---

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<p>6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto/a por una entidad de seguridad social en salud?</p> <p style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-top: 10px;">Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99.</p>	<p>6A. ¿Dónde está ubicada la entidad donde recibe los servicios de salud?</p> <p style="margin-left: 20px;">Este municipio <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Otro municipio <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	<p>7. En general, considera que la calidad del servicio de la EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado/a es:</p> <p style="margin-left: 20px;">Muy buena <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> → Pase a 9</p> <p style="margin-left: 20px;">Buena <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Mala <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Muy mala <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">No sabe <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Pase a 9</p>	<p>8. ¿Cuál es el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad del servicio de su EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado/a?</p> <p style="margin-left: 20px;">Trámites excesivos o dispendiosos <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Condiciones deficientes de infraestructura, dotación, mobiliario o accesibilidad para población en condición de discapacidad <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Demora en la asignación de citas <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Demora en la atención por parte del personal médico <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Problemas relacionados con los medicamentos <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Otro, ¿cuál? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	<p>9. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros VOLUNTARIOS de salud tiene ...?</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Medicina prepagada <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Sí No</p> <p style="margin-left: 20px;">2. Plan complementario de salud con una EPS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">3. Póliza de hospitalización o cirugía <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">4. Seguros médicos estudiantiles <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">5. Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px; border: 1px solid gray; padding: 2px;">Si en todas las opciones responde NO, pase a 11</p>	<p>10. ¿Cuánto paga o le descuentan mensualmente a ... por concepto de estos planes o seguros voluntarios de salud?</p>		
Valor mensual pagado o descontado (\$)	C.R.	Departamento	Municipio	Código	C.R.	Otro, ¿cuál?	Valor mensual (\$)

01							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
02							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
03							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
04							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
05							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
06							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
07							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
08							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
09							1. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" 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. En los últimos 12 meses, ¿a ... le han diagnosticado alguna enfermedad crónica ? (enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos como: enfermedades cardiovasculares-hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.). Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Actualmente está recibiendo tratamiento para esa enfermedad? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 2	12A. Sin estar enfermo/a y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año: Sí No 1. Medicina general? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. Medicina especializada? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. Odontología? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. Medicina alternativa? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. Psicología? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Ahora se le preguntará acerca de las capacidades y habilidades para realizar algunas actividades de la vida cotidiana que pueden verse afectadas por dificultades físicas o mentales. 13. Dada su condición física y mental, en su vida diaria ... tiene dificultades para realizar las siguientes actividades: <table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Si en todas responde opción 3 ó 4, pase a pregunta 17</p>		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 Para opciones con respuesta 1 ó 2 en pregunta 13	15. ¿Para estas dificultades... cuenta con: Sí No 1. Gafas, lentes de contacto, lentes intraoculares, programa computacional adaptado, regleta Braille, perro guía, otros? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. Bastón, silla de ruedas, muletas, caminador? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. Audífonos medicados, implantes cocleares, otros? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. Ayuda de otras personas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. Medicamentos o terapias? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 6. Prácticas de medicina ancestral? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
		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 alguna enfermedad crónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Recibiendo tratamiento para esa enfermedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																																																		

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	1. <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	<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	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	<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	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	<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	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	<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	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	<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	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	<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	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	<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	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	<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	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	<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 1
- ¿Esta persona tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de...?
Sí 1 No 2
- Una persona de otro hogar no remunerada 2
- Una persona de otro hogar remunerada 3
- Permanece solo/a 4
- No requiere cuidado 5

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

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

- Sí 1
- No 2 Pase a 34

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

Si es menor de un día anote 00

Número de días

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

- Acudió a la entidad de seguridad social en salud de la cual es afiliado/a 1
- Acudió de forma particular a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud 2 Pase a 26
- Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista 3
- Consultó a un empírico, curandero, yerbatero, comadrona 4
- Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) 5 Pase a 25
- Usó remedios caseros 6
- Se autorrecetó 7
- Nada 8

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

- Sí 1
- No 2 Pase a 26

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

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

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 leve 1
- No tuvo tiempo 2
- El centro de atención queda lejos 3
- Falta de dinero 4
- Mal servicio o cita distanciada en el tiempo 5
- No lo/a atendieron 6
- No confía en los médicos 7
- Consultó antes y no le resolvieron el problema 8
- Muchos trámites para la cita 9
- No le cubrían o no le autorizaron la atención 10
- Le hacen esperar mucho para atenderlo/a 11
- Dificultad para viajar 12
- Otro 13

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 general 1
- Odontólogo/a 2
- Acudió directo al especialista 3 **Pase a 28**

C. R.

Número de días

27. ¿fue remitido/a a especialista?

- Sí 1
- No 2

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

- Muy buena 1
- Buena 2 **Pase a 30**
- Mala 3
- Muy mala 4

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

- Trámites excesivos o dispendiosos 1
- Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) 2
- Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial 3
- Condiciones deficientes de infraestructura, dotación, mobiliario o accesibilidad para población en condición de discapacidad 4
- Demora en la asignación de citas 5
- Demora en la atención por parte del personal médico 6
- Problemas relacionados con los medicamentos 7
- 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)

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

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

01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			

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

35. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES ¿Realizó pagos por:		36. ¿Actualmente ... fuma (cigarrillo, tabaco, vapeador o cigarrillo electrónico)				37. ¿... consume bebidas azucaradas (gaseosas, refrescos, bebidas de jugos de frutas procesadas, té endulzado, refrescos en polvo)?		38. ¿... consume alimentos de paquete (papas, plátanos, chitos, paquete mixto, rosquitas, chicharrones o similares)?					
<p>1. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, elementos para terapias, etc.)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		<p>2. Cirugías o procedimientos ambulatorios?</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>Formule esta pregunta solo para personas de 10 años y más</p> <p>Frecuencia:</p> <p>1 Cigarrillo, tabaco? Sí <input type="checkbox"/> 1 Diariamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 3</p> <p>2 Vapeador o cigarrillo electrónico? Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>				<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Formule esta pregunta solo para personas de 2 años y más.</p> <p>Con qué frecuencia consume las bebidas azucaradas:</p> <p>Todos los días de la semana (dos o más veces al día) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Todos los días de la semana (una vez al día) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Cuatro a seis veces a la semana <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Una vez a la semana <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Formule esta pregunta solo para personas de 2 años y más</p> <p>Con qué frecuencia consume alimentos de paquete:</p> <p>Todos los días de la semana (dos o más veces al día) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Todos los días de la semana (una vez al día) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Cuatro a seis veces a la semana <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Una vez a la semana <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	
C. R.	Valor \$	C. R.	1 Valor \$	2 Valor \$	3 Valor \$	Cigarrillo o tabaco	vapeador o cigarrillo electrónico	C. R.	Frecuencia de consumo	C. R.	Frecuencia de consumo		
C. R.	Valor \$	C. R.	1 Valor \$	2 Valor \$	3 Valor \$	¿fuma actualmente?	Frecuencia	¿Cuántos cigarrillos al día?	vapeador o cigarrillo electrónico	C. R.	Frecuencia de consumo	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="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>↓</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 border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4. Secretaría de salud o la alcaldía</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>5. Recursos propios o familiares</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Si estuvo hospitalizado/a más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</p>		Sí	No	1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	5. Recursos propios o familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<p>41. ¿Cuánto pagó en total ...por esta hospitalización?</p> <p>A través de EPS <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Servicio particular o plan voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada) <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">↓</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1. Valor \$</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">2. Valor \$</td> </tr> </table>	1. Valor \$	2. Valor \$	<p>42. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:</p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>43. ¿... ha estado embarazada alguna vez en su vida?</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Para mujeres de 10 años y más</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Termina capítulo</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-top: 10px;">Si no ha tenido hijos vivos y tiene más de 49 años, termina capítulo</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-top: 10px;">Si tiene más de 49 años, termina capítulo</p> <p style="margin-top: 10px;">C. R. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>¿A qué edad tuvo su primer hijo?... <input style="width: 50px;" type="text"/></p>
	Sí	No																						
1. EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																						
2. Plan o seguro voluntario (seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																						
3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																						
4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																						
5. Recursos propios o familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																						
1. Valor \$	2. 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						
02		1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
03		1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
04		1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
05		1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
06		1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
07		1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
08		1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
09		1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 5. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						

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

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

Observaciones:

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

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

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

- No hay una institución cercana 1
- Es muy costoso 2
- No encontró cupo 3
- Prefiere que no asista todavía 4
- Tiene un/a familiar en la casa que lo/la cuida 5
- Considera que no está en edad de asistir o es recién nacido/a 6
- Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana 7
- Temor a que el niño/a se contagie de alguna enfermedad 8
- Otra, ¿cuál? 9

Después de diligenciar esta pregunta pase a 12.

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

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

4. Durante este año escolar ¿pagó matrícula para ... ?

- Sí 1
- No 2

C.R. Otro, ¿cuál?

C.R. Otra, ¿cuál?

C.R. Valor \$

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

Durante este AÑO ESCOLAR, el hogar:				El hogar paga:				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 ... ?		11. ¿El mes pasado se hicieron pagos para ... por algún otro concepto en ese establecimiento?	
Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1		Sí <input type="checkbox"/> 1	
No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2		No <input type="checkbox"/> 2	
C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor \$

01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													

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

<p>12. ¿Recibe o toma ... desayuno o almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 14</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Tenga presente que:</p> <p>1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al desayuno o almuerzo.</p> <p>2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.</p> </div>	<p>13. ¿ ... paga por esta alimentación?</p> <p>Sí, completamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Si, por un pago simbólico <input type="checkbox"/> 2</p> <p>a. ¿Valor que paga DIARIO?</p> <p>b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?</p> <p>No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste <input type="checkbox"/> 3</p> <p>a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?</p> <p>No paga, la recibe o la lleva del hogar <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>14. ¿Recibe o toma ... refrigerio en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 16</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Tenga presente que:</p> <p>1. La leche materna o de fórmula que se les da a los menores en periodo de lactancia equivale al refrigerio.</p> <p>2. La pregunta aplica a todos los menores, estén asistiendo o no a un establecimiento de cuidado.</p> </div>	<p>15. ¿ ... paga por esta alimentación?</p> <p>Sí, completamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Si, por un pago simbólico <input type="checkbox"/> 2</p> <p>a. ¿Valor que paga DIARIO?</p> <p>b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?</p> <p>No paga, la recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste <input type="checkbox"/> 3</p> <p>a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe?</p> <p>No paga, la recibe o la lleva del hogar <input type="checkbox"/> 4</p>																
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C. R.</td> <td style="text-align: center;">a. Valor (\$)</td> <td style="text-align: center;">b. Valor (\$)</td> <td style="text-align: center;">a. Valor (\$)</td> </tr> </table>		2		3	C. R.	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C. R.</td> <td style="text-align: center;">a. Valor (\$)</td> <td style="text-align: center;">b. Valor (\$)</td> <td style="text-align: center;">a. Valor (\$)</td> </tr> </table>		2		3	C. R.	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)
	2		3																
C. R.	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)																
	2		3																
C. R.	a. Valor (\$)	b. Valor (\$)	a. Valor (\$)																

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

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

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?

Si F1 = 7 permanece en casa solo/a, no formule esta pregunta y termine capítulo

Una persona de este hogar 1 Número de orden → Pase a 19

Una persona de otro hogar 2

17. ¿Cuántos años tiene esta persona?

18. ¿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

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

- Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos 1
- Contarle cuentos o relatos 2
- Realizar actividades artísticas o manualidades 3
- Cantar 4
- Tocar algún instrumento musical 5
- Realizar juegos y rondas 6
- Salir al parque 7
- Ver televisión 8
- Realizar alguna actividad deportiva 9
- Juegos o actividades con dispositivos electrónicos (computador, tablet, consolas de videojuegos, etc.) 10
- Otras, ¿cuáles? 11
- Ninguna 12

20. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?

- Todos los días 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 mes, pero no todos los meses 4

C. R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años
-------	-----------------	--------	-------	------

Termine capítulo

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

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

<p>1. ¿Sabe leer y escribir?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Si es menor de 35 años, continúe. Si tiene 35 años o más, pase a 4.</p>	<p>3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie? Espere respuesta</p> <p>Considera que no está en edad escolar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Considera que ya terminó <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Falta de dinero o costos educativos elevados <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños/as y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Por embarazo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Falta de cupo <input type="checkbox"/> 7</p> <p>No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Necesita trabajar <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No le gusta o no le interesa el estudio <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Por enfermedad <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Necesita educación especial <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Sus padres o la persona encargada de su cuidado no lo consideran importante <input type="checkbox"/> 14</p> <p>Por situaciones académicas (bajos resultados en el periodo académico, repetición de cursos) <input type="checkbox"/> 15</p> <p>Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 16</p>	<p>4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y el último año o grado aprobado en este nivel?</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Preescolar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Básica primaria (1.º-5.º) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Básica secundaria (6.º-9.º) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Media (10.º-13.º) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnico sin título <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Técnico con título <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Tecnológico sin título <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Tecnológico con título <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Universitario sin título <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Universitario con título <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Posgrado sin título <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Posgrado con título <input type="checkbox"/> 13</p>
		C. R. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grado o año aprobado: <input type="checkbox"/>

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

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<p>9. ¿En qué jornada estudia ...?</p> <p>Mañana <input type="text" value="1"/></p> <p>Tarde <input type="text" value="2"/></p> <p>Noche <input type="text" value="3"/></p> <p>Única o completa <input type="text" value="4"/></p> <p>Fin de semana <input type="text" value="5"/></p>	<p>10. ¿En qué modalidad(es) o a través de qué medio(s) se encuentra estudiando ... actualmente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>1. Presencial</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/></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 type="text" value="1"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>3. Alternancia entre presencial y virtual</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>4. Otro. ¿Cuál?</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Si opciones 1 o 3 son "Sí", modalidad es presencial o alternancia, continúe. De lo contrario: i) G6=1, 2, 3 o 4, pase a 15. ii) G6 >4, pase a 19.</p> </div>		Sí	No	1. Presencial	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	2. Virtual (a través de internet en computador de escritorio, portátil, tableta o celular)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	3. Alternancia entre presencial y virtual	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	4. Otro. ¿Cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<p>11. El establecimiento educativo se localiza en:</p> <p style="text-align: right;">Este municipio <input type="text" value="1"/></p> <p style="text-align: right;">Otro municipio <input type="text" value="2"/></p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 5%; 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%; text-align: center;">Código</td> </tr> </table>	C.R.	Departamento	Municipio	Código
	Sí	No																			
1. Presencial	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																			
2. Virtual (a través de internet en computador de escritorio, portátil, tableta o celular)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																			
3. Alternancia entre presencial y virtual	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																			
4. Otro. ¿Cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																			
C.R.	Departamento	Municipio	Código																		

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

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

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

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

<p>15. ¿ ... tuvo comunicación con sus maestros la semana pasada?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>16. ¿ ... ha recibido respuesta por parte del maestro/a a preguntas sobre las actividades educativas asignadas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No ha hecho preguntas <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>17. ¿Cuál(es) medio(s) utiliza ... para comunicarse con sus maestros?</p> <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>4. 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. Interacción personal</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>7. 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	4. 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. Interacción personal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	7. Otro. ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<p>18. ¿La semana pasada ¿cuántas horas al día dedicó ... a estudiar, fuera de la jornada escolar? (Incluya leer, repasar, revisar apuntes, buscar información, practicar, hacer tareas)</p> <p>Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Entre 1 - 2 horas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Entre 2 - 3 horas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Entre 3 - 4 horas <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Entre 4 - 6 horas <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Más de 6 horas <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>19. Durante este AÑO ESCOLAR el hogar pagó:</p> <p>¿Matriculas para ... ?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>C.R. Valor \$</p>	<p>20. Durante este AÑO ESCOLAR el hogar pagó:</p> <p>¿Uniformes para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>C.R. Valor \$</p>
	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																											
4. 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. Interacción personal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																											
7. Otro. ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																											

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

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

<p>21. Durante este AÑO ESCOLAR el hogar pagó: ¿Lista de útiles escolares, compra o alquiler de textos para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>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</p>	<p>22. El hogar paga por: ¿Pensión para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>23. El hogar paga por: ¿Transporte escolar para: ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>24. El hogar paga por: ¿Alimentación en el establecimiento educativo para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>25. EL MES PASADO, ¿el hogar gastó en útiles (papel, lápices, cuadernos etc..) material escolar o fotocopias para ...?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No incluya el valor registrado en G21</p>	<p>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.)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>27. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 29</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bimestral <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anual <input type="checkbox"/> 4</p>								
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)

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

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

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

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

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

Código

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

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

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

<p>17. ¿Qué tipo de contrato tiene, verbal o escrito?</p> <p>Verbal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Escrito <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>18. ¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Si no sabe el número de meses del contrato, escriba 99; si la duración del contrato es inferior a 15 días, escriba 00; de 15 días a un mes, escriba 01; si la duración del contrato es de 98 meses o más, escriba 98.</p> <p>A término indefinido <input type="checkbox"/> 1</p> <p>A término fijo <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">El número de meses se refiere al contrato vigente.</p>	<p>19. ¿Está afiliado/a por una empresa o individualmente a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL) (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Si en pregunta H 15 = 4 o 5 pase a la pregunta 32.</p>	<p>20. ¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Si es menos de un mes, escriba 00.</p>	<p>21. ¿La empresa donde trabaja le suministra elementos de protección personal para la realización de su trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No necesita <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>22. Antes de descuentos, ¿cuánto ganó... el MES PASADO en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya horas extras, viáticos y pagos en especie.)</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Si no recibe salario en dinero, escriba 00.</p>
	C. R. Número de meses		Meses		Valor mensual (\$)

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

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

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

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

31. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:

Después de diligenciar pase a la pregunta 34

1. ¿Prima de servicios?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

2. ¿Prima de navidad?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

3. ¿Prima de vacaciones?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

4. ¿Bonificaciones?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?

- Sí 1
- No 2
- No sabe, no informa 9

C. R. Valor mensual (\$) C. R. Valor mensual (\$) C. R. Valor (\$) C. R. Valor (\$) C. R. Valor (\$) C. R. Valor (\$) 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="checkbox"/> 1</p> <p>2 a 3 personas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>4 a 5 personas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 4</p> <p>11 a 19 personas <input type="checkbox"/> 5</p> <p>20 a 30 personas <input type="checkbox"/> 6</p> <p>31 a 50 personas <input type="checkbox"/> 7</p> <p>51 a 100 personas <input type="checkbox"/> 8</p> <p>101 o más personas <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>35. Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?</p> <p>Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En la vivienda que habita <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a 38</small></p> <p>En otras viviendas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>En kiosco-caseta <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Puerta a puerta <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario) <input type="checkbox"/> 7</p> <p>En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8</p> <p>En una obra de construcción <input type="checkbox"/> 9</p> <p>En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>35A. La empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja está ubicada en:</p> <p>En este municipio <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En otro municipio <input type="checkbox"/> 2</p>			
<p>Honorarios o ganancia neta en el MES PASADO (\$)</p>	<p>Honorarios o ganancia neta en los ULTIMOS 12 MESES (\$)</p>			<p>C. R.</p>	<p>Departamento</p>	<p>Municipio</p>	<p>Código</p>
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

36. El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:	37. ¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo? (incluya tiempo de espera del medio de transporte)	38. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?	39. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?	40. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?	
Bus intermunicipal <input type="checkbox"/> 1 Bus urbano <input type="checkbox"/> 2 A pie <input type="checkbox"/> 3 Metro <input type="checkbox"/> 4 Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5 Taxi <input type="checkbox"/> 6 Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7 Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8 Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 9 Caballo <input type="checkbox"/> 10 Moto <input type="checkbox"/> 11 Bicicleta <input type="checkbox"/> 12 Otro <input type="checkbox"/> 13	Minutos	Horas	Horas	C. R.	Otra, ¿cuál?
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

Solo realice esta pregunta si H39 es menor a H38.

- Enfermedad, permiso o licencia 1
- Festivos 2
- Vacaciones 3
- Capacitación 4
- Suspensión o terminación del empleo 5
- Reducción de la actividad económica de la empresa o del negocio 6
- No tiene horario (trabajo ocasional, por días, independiente) 7
- Otra, ¿cuál? 8

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

40A. ¿Durante los últimos 12 meses ha trabajado bajo la modalidad de teletrabajo o trabajo en casa?		41. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el mes pasado tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?		42. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo?		43. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?		Observaciones:
Sí <input type="checkbox"/> ¿Por qué razón?		Después de diligenciar pase a 46.		Por primera vez <input type="checkbox"/>		Trabajó antes <input type="checkbox"/>		
C. R.	Razones	C. R.	Valor total percibido (\$)	Número de semanas				
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"/>							
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"/>							
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"/>							
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"/>							
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"/>							
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"/>							
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"/>							
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"/>							
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"/>							

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

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

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

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

<p>48. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>	<p>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)</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>	<p>50. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>	<p>51. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>	<p>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)</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p> <p style="margin-left: 20px;">El dinero provino de:</p> <p style="margin-left: 40px;">Fuera del país 1</p> <p style="margin-left: 40px;">Dentro del país 2</p> <p style="margin-left: 40px;">Ambas partes 3</p>	<p>53. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por venta de propiedades? (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>					
C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	C. R.	Valor (\$)	¿De dónde provino el dinero?	C. R.	Valor (\$)

01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

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: <small>Solo para personas que en preguntas 1a, 1b, 1c o 2, respondieron opciones 1 a 4.</small>
Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1	Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1	1. Usar procesadores de texto (Word, Google Docs, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3	3. Enviar correos electrónicos con archivos adjuntos (documentos, fotos, videos, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4	4. Conectar o instalar dispositivos adicionales (ej. impresora, módem, cámara, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
No utiliza computador de escritorio <input type="checkbox"/> 5	No utiliza computador portátil <input type="checkbox"/> 5	No utiliza tableta <input type="checkbox"/> 5	No utiliza internet <input type="checkbox"/> 5 <small>Si en preguntas 1a, 1b, 1c y 2 responde opción 5, pase a 7</small>	5. Usar fórmulas matemáticas básicas en una hoja de cálculo (Excel, OpenOffice Calc, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				6. Crear presentaciones mediante un programa especializado para ello (Power Point, Prezi, otros)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				7. Transferir archivos entre dispositivos o por internet (computador, USB, celular, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				8. Buscar, descargar, instalar o configurar programas computacionales (software) o aplicaciones? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				9. Utilizar un lenguaje de programación especializado? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				10. Implementar medidas de seguridad efectivas para proteger dispositivos y cuentas de internet (contraseñas fuertes, notificación de intento de conexión, etc.)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
				12. Comprobar que las noticias o información que consulta o recibe a través de internet son ciertas o verdaderas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <small>Si en pregunta 2 respondió opción 5, pase a 7</small>

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

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

<p>4. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet:</p> <p>Computador de escritorio? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Computador portátil? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Tableta? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Teléfono celular? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Televisor inteligente? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Solo para personas que en pregunta 2 respondieron opciones 1 a 4</p>	<p>5. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet:</p> <p>En el hogar? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En el trabajo? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En la institución educativa? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>En centros de acceso público gratis? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En centros de acceso público con costo (café internet)? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>En la vivienda de otra persona (pariente, amigo/a, vecino/a)? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En desplazamiento de un sitio a otro (sea en vehículo o a pie)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro sitio? <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>6. ¿Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza...internet:</p> <p>Obtener información? (Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Enviar o recibir correos electrónicos? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Redes sociales? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Comprar/ordenar productos o servicios? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Banca electrónica y otros servicios financieros? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Educación y aprendizaje? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Trámites con entidades del gobierno (nacional, departamental o municipal)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Descargar software, imágenes, juegos, música o jugar en línea? <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Consulta de medios de comunicación (periódicos, revistas, radio, televisión, medios digitales, etc.)? <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Ver Televisión, videos, películas u otro contenido audiovisual para entretenimiento? <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Buscar trabajo (inscribirse en una plataforma, aplicación o convocatoria de empleo)? <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Servicios en la nube (guardar información, editar archivos, etc.)? <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Vender productos o servicios? <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Trabajar como requisito dentro de su empleo o actividad económica de independiente <input type="checkbox"/> 14</p> <p>Realizar llamadas o video llamadas (telefonía por Internet)? <input type="checkbox"/> 15</p> <p>Publicar o intercambiar opiniones sobre las características y calidad de un bien o servicio? <input type="checkbox"/> 16</p> <p>Subir contenido propio a un sitio web para ser compartido (texto, imágenes, videos, música, audios, fotos, software, etc.)? <input type="checkbox"/> 17</p> <p>Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 18</p> <p>Después de diligenciar esta pregunta, pase a 8</p>
01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 _____

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?				
Es muy costoso [1] No lo considera necesario [2] No sabe usarlo [3] No hay cobertura del servicio en la zona [4] No le tienen permitido usar internet [5] Por razones de seguridad o privacidad [6] Otra, ¿cuál? [7]		Sí [1] Sí No Teléfono celular convencional [1] [2] Teléfono celular inteligente (smartphone) [1] [2] No [2] → Pase a 10			Sí [1] No [2]		Sí [1] No [2] Pase a 14 Después de diligenciar esta pregunta, pase a 12				Un vendedor de minutos [1] Prestado ocasionalmente por otra persona [2]		Todos los días de la semana [1] Al menos una vez a la semana, pero no cada día [2] Al menos una vez al mes, pero no cada semana [3] Al menos una vez al año, pero no cada mes [4]				
C. R.	Otra, ¿cuál?	C. R.	Celular convencional	Celular inteligente (smartphone)	C. R.	Valor pagado \$	C. R.	Teléfono celular convencional	Teléfono celular inteligente (smartphone)	C. R.	Valor pagado \$	Sí	No	Sí	No	C. R.	Frecuencia

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

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

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

01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										

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

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

- Propia, totalmente pagada 1 → Pase a 3
- Propia, la están pagando 2
- En arriendo o subarriendo 3 → Pase a 10
- Con permiso del propietario/a, sin pago alguno (usufructuario/a) 4
- Posesión sin título (ocupante de hecho) 5 → Pase a 9
- Propiedad colectiva 6

2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ _____

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

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

- Sí 1
- No 2

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

- Sí 1
- No 2 Pase a 6

Observaciones:

5. La escritura está a nombre de:

- Solo una persona del hogar 1 Número de orden
- Nombre: _____
- Dos o más personas del hogar 2
- ¿Cuántas? _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Nombre: _____
- Personas del hogar con personas de otro hogar 3

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 1
- Escrito 2

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

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 o renta ciudadana?

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. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
5. Plancha	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
6. Equipo de sonido	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
7. Suscripción a plataformas de transmisión de video o música por internet	<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. Aire acondicionado	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
11. Ventilador o abanico	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
12. Consolas para juegos electrónicos: Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
13. Carro particular	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
	¿Cuántos? _____	
14. Moto	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
	¿Cuántos? _____	
15. Bicicleta	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
16. Patineta eléctrica	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
17. Casa, apartamento o finca de recreo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
18. Computador de escritorio	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
	¿Cuántos? _____	
19. Computador portátil	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
	¿Cuántos? _____	
20. Tableta	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
	¿Cuántos? _____	

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 18, 19 y 20 respondieron NO

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

10. ¿El hogar tiene conexión a internet?

- Sí →
 Fijo Sí No
 Móvil Sí No
 Si sólo tiene internet móvil, pase a 13
- 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
- Aunque en la zona hay cobertura, la calidad del servicio es deficiente
- 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 | _____ |
| 2. Establecimiento educativo o de cuidado de niños y niñas (colegio, jardín infantil, hogar comunitario o centro de desarrollo infantil) | _____ |
| 3. Hospital o centro de salud | _____ |
| 4. Supermercado o tienda | _____ |
| 5. Plaza de mercado | _____ |
| 6. Estación de policía o CAI | _____ |
| 7. Droguería o farmacia | _____ |
| 8. Parque o zonas verdes | _____ |
| 9. Escenarios culturales o recreativos (biblioteca, casa de la cultura, teatro, etc.) | _____ |
| 10. Espacios deportivos (cancha, pista, coliseo) | _____ |
| 11. Banco, cajero automático o corresponsal bancario | _____ |
| 12. Centro de venta o acopio (sólo para centros poblados y rural disperso) | _____ |

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? _____

M. DESPERDICIO DE ALIMENTOS

1. ¿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"/>

Después de responder, continúe con M2 para los grupos de alimentos que el hogar compra o consume (M1=1,2,3 o 4). De lo contrario, termine capítulo.

2. ¿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

Solo para los grupos de alimentos que el hogar compra o consume		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"/>

Después de responder, continúe con M3 si el hogar tira o bota alguno de los alimentos de la lista (M2=2 o 3). De lo contrario, termine capítulo.

3. ¿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"/>

CONTRA PORTADA
BLANCA



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



DANE_Colombia

Diseño, diagramación e impresión
GIT Taller de Ediciones
Dirección de Difusión y Cultura Estadística del
Departamento Administrativo Nacional de Estadística
2023