

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

DATOS DEL ENTORNO

1. ¿En el lado de la manzana donde está ubicada la edificación, hay establecimientos dedicados a industria, comercio o servicios? (diligencie por observación)

1. Sí.
2. No.

2. La vía de acceso a la edificación es: (diligencie por observación)

1. Sendero o camino en tierra. → Pase a 4
2. Peatonal construida.
3. Vehicular destapada.
4. Vehicular pavimentada.

3. ¿Cuál es el estado de la vía? (diligencie por observación)

1. Bueno.
2. Regular.
3. Malo.
4. La están reparando.

4. ¿La edificación donde está ubicada la vivienda tiene andén? (diligencie por observación)

1. Sí.
2. No.

5. ¿La edificación está ubicada en un conjunto cerrado? (diligencie por observación)

1. Sí.
2. No.

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

1. Suficiente.
2. Insuficiente.
3. No tiene.

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

- Si la edificación tiene 4 pisos o más, continúe. Si tiene menos, pase a 9.

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

1. Sí.
2. No.

9. La vivienda presenta:

- | | Sí | No | No sabe/
No responde |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Grietas en paredes o pisos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| b. Humedad en paredes, pisos o techos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| c. Hundimiento de la estructura. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| d. Fallas en tubería, cañerías o desagües. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |

10. La edificación donde está ubicada la vivienda cuenta con:

- | | Sí | No | No sabe/
No responde |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Cimientos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| b. Columnas. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| c. Vigas. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| d. Plancha (placa). | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |

11. ¿Algún espacio de la edificación donde está ubicada la vivienda está dedicado a negocios de industria, comercio o servicios?

1. Sí.
2. No.

DATOS DE LA VIVIENDA

12. Tipo de vivienda:

1. Casa.
2. Apartamento.
3. Cuarto(s) en inquilinato.
4. Cuarto(s) en otro tipo de estructura.
5. Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, refugio natural, etc.).

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

1. Ladrillo a la vista.
2. Bloque a la vista.
3. Ladrillo o bloque revocado o pañetado.
4. Piedra, madera pulida o material prefabricado.
5. Tapia pisada, adobe.
6. Bahareque revocado o sin revocar.
7. Madera burda, tabla, tablón.
8. Guadua, caña, esterilla, otro vegetal.
9. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico.

14. ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

1. Mármol, parqué, madera pulida y lacada.
2. Alfombra o tapete de pared a pared.
3. Baldosa, cerámica.
4. Vinilo, tableta, ladrillo, madera pulida sin lacar.
5. Madera burda, tabla o tablón, otro vegetal.
6. Cemento, gravilla.
7. Tierra, arena.
8. Otro: ¿cuál?

15. La vivienda está cerca de:

- | | Sí | No |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Fábricas o industrias. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| b. Aeropuertos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| c. Basureros y/o botaderos de basuras. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| d. Plazas de mercado o mataderos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| e. Terminales de buses. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| f. Bares o prostíbulos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| g. Expendios de droga (ollas). | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| h. Lotes baldíos o sitios oscuros y peligrosos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| i. Antenas de comunicación, de radiotransmisión (radio, beeper, celular, radioaficionados, etc.), líneas de alta tensión o centrales eléctricas. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| j. Caños de aguas negras. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |

16. ¿Cuáles de los siguientes problemas presenta el sector donde está ubicada su vivienda?

- | | Sí | No |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Ruido. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| b. Exceso de anuncios publicitarios. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| c. Inseguridad. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| d. Contaminación del aire. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| e. Malos olores. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| f. Generación y manejo inadecuado de las basuras. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| g. Invasión de andenes y calles. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |

17. En total ¿cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda?

C. CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR (para todos los hogares de la vivienda)

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

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

2. ¿Cuál es el valor mensual de la cuota?

Valor \$ _____

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

1. Sí.
2. No. → Pase a 5

4. La escritura está a nombre de:

	Sí	No
a. Jefe(a) del hogar.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
b. Cónyuge.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
c. Hijos varones.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
d. Hijas mujeres.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
e. Otras personas del hogar.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
f. Personas de otros hogares.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

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

Valor \$ _____

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

Año de compra:

Si el año de la compra es 2006 o después, continúe; si es antes de 2006 pase a 9.

7. ¿Cuál fue el valor de compra?

Valor \$ _____

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

1. a. Crédito bancario hipotecario.
1. b. Crédito bancario diferente a hipotecario.
1. c. Crédito con el Fondo Nacional de Ahorro.
1. d. Crédito con cooperativas o fondos de empleados.
1. e. Crédito con fondos de vivienda y/o cajas de vivienda.
1. f. Préstamos de amigos o familiares.
1. g. Cesantías.
1. h. Recursos propios (ahorros).
1. i. Subsidios.
1. j. Otro; ¿cuál?

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

Valor \$ _____ → Pase a 11

10. ¿Cuánto paga mensualmente por el arriendo de esta vivienda?

Valor mensual \$ _____

11. En los PRÓXIMOS DOS AÑOS, ¿usted o algún miembro de este hogar tiene planes de adquirir vivienda para ser habitada por el hogar?

1. Sí. → Pase a 13
2. No.

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

1. Poseen vivienda.
2. Prefieren otro tipo de inversión.
3. No cuentan con el dinero suficiente.
4. No tienen capacidad de endeudamiento.
5. No cumplen los requisitos para obtener crédito financiero. → Pase a 14
6. Consideran que los intereses son muy altos.
7. Otro motivo; ¿cuál?

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

1. a. Crédito bancario hipotecario.
1. b. Crédito bancario diferente a hipotecario.
1. c. Crédito con el Fondo Nacional de Ahorro.
1. d. Crédito con cooperativas o fondos de empleados.
1. e. Crédito con fondos de vivienda y/o cajas de vivienda.
1. f. Préstamos de amigos o familiares.
1. g. Cesantías.
1. h. Recursos propios (ahorros).
1. i. Subsidios.
1. j. Otro; ¿cuál?

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

1. Sí. → Valor \$ _____
2. El valor está incluido en el arriendo.
3. No pagan.

15. En los ÚLTIMOS 24 MESES, ¿algún miembro de este hogar recibió subsidio del gobierno o de otra institución para la compra, construcción, mejora o escrituración de vivienda o lote?

1. Sí.
2. No. → Pase a 18

16. ¿Recibió subsidio en dinero?

1. Sí. → Valor \$ _____
2. No.

17. ¿Recibió subsidio en especie?

1. Sí. → Valor estimado \$ _____
2. No.

18. ¿Cuántas personas componen este hogar?

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

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

→ ¿Cuántos de estos cuartos cuentan con ventana?

21. Este hogar dispone de:

	Sí	No
a. Jardín o patio.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
b. Lote o solar.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
c. Garaje o sitio de parqueo.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
d. Azotea o terraza.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
e. Zonas verdes o zonas de propiedad común.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

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

1. En la cocina o cuarto destinado exclusivamente para preparar alimentos.
2. En un cuarto usado también para dormir.
3. En una sala comedor con lavaplatos.
4. En una sala comedor sin lavaplatos.
5. En un patio, corredor, enramada, al aire libre. → Pase a 24
6. En ninguna parte (no preparan alimentos).

23. ¿El hogar cuenta con una cocina o cuarto destinado exclusivamente para preparar alimentos?

1. Sí.
2. No. → Pase a 26

24. La cocina o sitio para preparar alimentos es:

1. De uso exclusivo de las personas del hogar.
2. Compartida con personas de otros hogares.

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

1. Electricidad.
2. Gas natural conectado a red pública.
3. Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol.
4. Gas propano (en cilindro o pipeta).
5. Carbón mineral o de leña, leña, madera o material de desecho

C. CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR (para todos los hogares de la vivienda) (continuación)

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

1. Acueducto público. } → Continúe
2. Acueducto comunal o veredal. } → Continúe
3. Pozo con bomba. } → Pase a 29
4. Pozo sin bomba, jagüey. } → Pase a 29
5. Agua lluvia. } → Pase a 29
6. Río, quebrada, manantial o nacimiento. } → Pase a 30
7. Pila pública, aguatero. } → Pase a 30
8. Carrotanque. } → Pase a 30
9. Agua embotellada o en bolsa. } → Pase a 30

27. ¿El agua llega al hogar todos los siete días de la semana?

1. Sí.
2. No. → ¿Cuántos días a la semana llega?

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

1. Sí.
2. No.

29. ¿Dónde está ubicado el grifo, llave o pozo de agua?

1. Dentro de la vivienda.
2. Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno.
3. Fuera de la vivienda y del lote o terreno.

30. ¿Qué tipo de alumbrado utiliza principalmente este hogar?

1. Eléctrico.
2. Kerosene, petróleo, gasolina.
3. Vela.
4. Energía solar, bioenergía, otro.

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

1. Inodoro conectado a alcantarillado.
2. Inodoro conectado a pozo séptico o inodoro sin conexión.
3. Letrina. → Pase a 34
4. No tiene servicio sanitario. → Pase a 36

32. ¿El inodoro tiene tanque o sistema de descarga de agua?

1. Sí.
2. No.

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

34. El servicio sanitario está ubicado:

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

35. El servicio sanitario es:

1. De uso exclusivo de las personas de este hogar.
2. Compartido con personas de otros hogares.

36. Este hogar dispone de:

1. Cuarto(s) para bañarse con ducha o regadera. → ¿Cuántos?
2. Cuarto(s) para bañarse sin ducha o regadera.
3. No tiene cuarto para bañarse.

37. Este hogar dispone de:

- | | Sí | No |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Lavamanos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| b. Lavadero. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| c. Tanque de reserva de agua. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |

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

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

39. Este hogar separa de las demás basuras:

- | | Sí | No |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| b. Papel y cartón. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| c. Vidrio, metal, plástico. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |

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

- | | Sí | No |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Usar bombillas de bajo consumo. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| b. Apagar luces. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| c. Reutilizar agua. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| d. Recolectar agua lluvia. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| e. Usar tanque sanitario de bajo consumo de agua. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| f. Planchar la mayor cantidad de ropa en cada ocasión o no planchar. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| g. Cambiar electrodomésticos por otros de bajo consumo. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |

41. ¿Cuáles de los siguientes bienes posee este hogar?

1. a. Máquina lavadora de ropa.
1. b. Máquina secadora de ropa.
1. c. Nevera o refrigerador.
1. d. Licuadora.
1. e. Estufa eléctrica o a gas.
1. f. Horno eléctrico o a gas.
1. g. Horno microondas.
1. h. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica.
1. i. Televisor a color.
1. j. Televisor LCD, plasma.
1. k. Consola de videojuegos.
1. l. Instrumentos musicales.
1. m. Reproductor de video (DVD, Blue ray).
1. n. Equipo de sonido o minicomponente.
1. o. Aspiradora/brilladora.
2. p. Ninguno de los anteriores.

42. ¿Las personas de este hogar poseen carro particular?

1. Sí. → ¿Cuántos?
2. No. → Pase a 45

43. ¿Cuál es el modelo (año) del (de los) carro(s)?

- | | | |
|--------------------------------|---|---------------------------------|
| a. Modelo (año) primer carro. | ¿Este carro se utiliza como herramienta de trabajo? | 1. <input type="checkbox"/> Sí. |
| | | 2. <input type="checkbox"/> No. |
| b. Modelo (año) segundo carro. | ¿Este carro se utiliza como herramienta de trabajo? | 1. <input type="checkbox"/> Sí. |
| | | 2. <input type="checkbox"/> No. |
| c. Modelo (año) tercer carro. | ¿Este carro se utiliza como herramienta de trabajo? | 1. <input type="checkbox"/> Sí. |
| | | 2. <input type="checkbox"/> No. |

44. El (los) carro(s) está(n) a nombre de:

- | | Sí | No |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Jefe(a) del hogar. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| b. Cónyuge. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| c. Hijos varones. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| d. Hijas mujeres. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| e. Otras personas del hogar. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| f. Personas de otros hogares. | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |

45. ¿Las personas de este hogar poseen motocicleta?

1. Sí. → ¿Cuántas? → ¿Cuántas se utilizan como herramienta de trabajo?
2. No.

Observaciones:

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (para todas las personas)

	1	2	3	4	5	
¿Cuál es el parentesco de ... con el jefe o la jefa de este hogar?	5. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Jefe(a) del hogar. 2. <input type="checkbox"/> Espos(a) o compañero(a). 3. <input type="checkbox"/> Hijo(a), hijastro(a). 4. <input type="checkbox"/> Nieto(a). 5. <input type="checkbox"/> Padre, madre, suegro(a). 6. <input type="checkbox"/> Hermano(a), hermanastro(a). 7. <input type="checkbox"/> Yerno, nuera. 8. <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe. 9. <input type="checkbox"/> Empleado(a) del servicio doméstico. 10. <input type="checkbox"/> Otro no pariente. 	5. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Jefe(a) del hogar. 2. <input type="checkbox"/> Espos(a) o compañero(a). 3. <input type="checkbox"/> Hijo(a), hijastro(a). 4. <input type="checkbox"/> Nieto(a). 5. <input type="checkbox"/> Padre, madre, suegro(a). 6. <input type="checkbox"/> Hermano(a), hermanastro(a). 7. <input type="checkbox"/> Yerno, nuera. 8. <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe. 9. <input type="checkbox"/> Empleado(a) del servicio doméstico. 10. <input type="checkbox"/> Otro no pariente. 	5. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Jefe(a) del hogar. 2. <input type="checkbox"/> Espos(a) o compañero(a). 3. <input type="checkbox"/> Hijo(a), hijastro(a). 4. <input type="checkbox"/> Nieto(a). 5. <input type="checkbox"/> Padre, madre, suegro(a). 6. <input type="checkbox"/> Hermano(a), hermanastro(a). 7. <input type="checkbox"/> Yerno, nuera. 8. <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe. 9. <input type="checkbox"/> Empleado(a) del servicio doméstico. 10. <input type="checkbox"/> Otro no pariente. 	5. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Jefe(a) del hogar. 2. <input type="checkbox"/> Espos(a) o compañero(a). 3. <input type="checkbox"/> Hijo(a), hijastro(a). 4. <input type="checkbox"/> Nieto(a). 5. <input type="checkbox"/> Padre, madre, suegro(a). 6. <input type="checkbox"/> Hermano(a), hermanastro(a). 7. <input type="checkbox"/> Yerno, nuera. 8. <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe. 9. <input type="checkbox"/> Empleado(a) del servicio doméstico. 10. <input type="checkbox"/> Otro no pariente. 	5. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Jefe(a) del hogar. 2. <input type="checkbox"/> Espos(a) o compañero(a). 3. <input type="checkbox"/> Hijo(a), hijastro(a). 4. <input type="checkbox"/> Nieto(a). 5. <input type="checkbox"/> Padre, madre, suegro(a). 6. <input type="checkbox"/> Hermano(a), hermanastro(a). 7. <input type="checkbox"/> Yerno, nuera. 8. <input type="checkbox"/> Otro pariente del jefe. 9. <input type="checkbox"/> Empleado(a) del servicio doméstico. 10. <input type="checkbox"/> Otro no pariente. 	
¿De cuál de los siguientes grupos étnicos se considera usted? (si es menor de 10 años haga la pregunta al padre, a la madre o a la persona encargada de su cuidado)	6. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Indígena. 2. <input type="checkbox"/> Gitano, rom. 3. <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 4. <input type="checkbox"/> Palenquero de San Basilio. 5. <input type="checkbox"/> Negro, mulato (afrodescendiente). 6. <input type="checkbox"/> De ninguno de los anteriores. <p style="color: #f080f0; font-size: small;">Si tiene menos de 10 años, pase a 9; si tiene 10 años y más, continúe.</p>	6. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Indígena. 2. <input type="checkbox"/> Gitano, rom. 3. <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 4. <input type="checkbox"/> Palenquero de San Basilio. 5. <input type="checkbox"/> Negro, mulato (afrodescendiente). 6. <input type="checkbox"/> De ninguno de los anteriores. <p style="color: #f080f0; font-size: small;">Si tiene menos de 10 años, pase a 9; si tiene 10 años y más, continúe.</p>	6. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Indígena. 2. <input type="checkbox"/> Gitano, rom. 3. <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 4. <input type="checkbox"/> Palenquero de San Basilio. 5. <input type="checkbox"/> Negro, mulato (afrodescendiente). 6. <input type="checkbox"/> De ninguno de los anteriores. <p style="color: #f080f0; font-size: small;">Si tiene menos de 10 años, pase a 9; si tiene 10 años y más, continúe.</p>	6. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Indígena. 2. <input type="checkbox"/> Gitano, rom. 3. <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 4. <input type="checkbox"/> Palenquero de San Basilio. 5. <input type="checkbox"/> Negro, mulato (afrodescendiente). 6. <input type="checkbox"/> De ninguno de los anteriores. <p style="color: #f080f0; font-size: small;">Si tiene menos de 10 años, pase a 9; si tiene 10 años y más, continúe.</p>	6. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Indígena. 2. <input type="checkbox"/> Gitano, rom. 3. <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 4. <input type="checkbox"/> Palenquero de San Basilio. 5. <input type="checkbox"/> Negro, mulato (afrodescendiente). 6. <input type="checkbox"/> De ninguno de los anteriores. <p style="color: #f080f0; font-size: small;">Si tiene menos de 10 años, pase a 9; si tiene 10 años y más, continúe.</p>	
¿Cuál es el estado civil actual de ... ?	7. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años. 2. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más. 3. <input type="checkbox"/> Está viudo(a). 4. <input type="checkbox"/> Está separado(a) o divorciado(a). → Pase a 9 5. <input type="checkbox"/> Está soltero(a). 6. <input type="checkbox"/> Está casado(a). 	7. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años. 2. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más. 3. <input type="checkbox"/> Está viudo(a). 4. <input type="checkbox"/> Está separado(a) o divorciado(a). → Pase a 9 5. <input type="checkbox"/> Está soltero(a). 6. <input type="checkbox"/> Está casado(a). 	7. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años. 2. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más. 3. <input type="checkbox"/> Está viudo(a). 4. <input type="checkbox"/> Está separado(a) o divorciado(a). → Pase a 9 5. <input type="checkbox"/> Está soltero(a). 6. <input type="checkbox"/> Está casado(a). 	7. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años. 2. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más. 3. <input type="checkbox"/> Está viudo(a). 4. <input type="checkbox"/> Está separado(a) o divorciado(a). → Pase a 9 5. <input type="checkbox"/> Está soltero(a). 6. <input type="checkbox"/> Está casado(a). 	7. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años. 2. <input type="checkbox"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más. 3. <input type="checkbox"/> Está viudo(a). 4. <input type="checkbox"/> Está separado(a) o divorciado(a). → Pase a 9 5. <input type="checkbox"/> Está soltero(a). 6. <input type="checkbox"/> Está casado(a). 	
¿El (la) cónyuge de ... vive en este hogar?	8. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. 	8. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. 	8. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. 	8. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. 	8. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. 	
¿En qué municipio vivía la madre de ... cuando ... nació?	9. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> En otro país. → Pase a 11 2. <input type="checkbox"/> En Bogotá. → Pase a 11 3. <input type="checkbox"/> En otro municipio. <p>Departamento: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Municipio: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	9. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> En otro país. → Pase a 11 2. <input type="checkbox"/> En Bogotá. → Pase a 11 3. <input type="checkbox"/> En otro municipio. <p>Departamento: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Municipio: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	9. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> En otro país. → Pase a 11 2. <input type="checkbox"/> En Bogotá. → Pase a 11 3. <input type="checkbox"/> En otro municipio. <p>Departamento: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Municipio: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	9. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> En otro país. → Pase a 11 2. <input type="checkbox"/> En Bogotá. → Pase a 11 3. <input type="checkbox"/> En otro municipio. <p>Departamento: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Municipio: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	9. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> En otro país. → Pase a 11 2. <input type="checkbox"/> En Bogotá. → Pase a 11 3. <input type="checkbox"/> En otro municipio. <p>Departamento: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Municipio: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	9. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> En otro país. → Pase a 11 2. <input type="checkbox"/> En Bogotá. → Pase a 11 3. <input type="checkbox"/> En otro municipio. <p>Departamento: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Municipio: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (para todas las personas) (continuación)

		1	2	3	4	5
La madre de ... en ese momento vivía en:	10.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.
¿ ... siempre ha vivido en Bogotá?	11.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 17 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 17 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 17 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 17 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 17 2. <input type="checkbox"/> No.
¿Cuántos años continuos hace que vive ... en Bogotá? (si es menos de un año, escriba 00)	12.	Número de años <input type="text"/> <input type="text"/>				
Antes de venir a vivir en Bogotá, ... vivía en:	13.	1. <input type="checkbox"/> Otro país. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Otro municipio. Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Otro país. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Otro municipio. Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Otro país. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Otro municipio. Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Otro país. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Otro municipio. Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Otro país. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Otro municipio. Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
... vivía en:	14.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.	1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la Alcaldía. 2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo.
¿Cuál fue la principal razón para venir a Bogotá?	15.	1. <input type="checkbox"/> Laborales u oportunidad de negocio. 2. <input type="checkbox"/> Más oportunidades de educación. 3. <input type="checkbox"/> Motivos de salud. 4. <input type="checkbox"/> Matrimonio o conformación de un nuevo hogar. 5. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por conflicto armado. 6. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por delincuencia común. 7. <input type="checkbox"/> Motivos familiares. 8. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál? <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Laborales u oportunidad de negocio. 2. <input type="checkbox"/> Más oportunidades de educación. 3. <input type="checkbox"/> Motivos de salud. 4. <input type="checkbox"/> Matrimonio o conformación de un nuevo hogar. 5. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por conflicto armado. 6. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por delincuencia común. 7. <input type="checkbox"/> Motivos familiares. 8. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál? <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Laborales u oportunidad de negocio. 2. <input type="checkbox"/> Más oportunidades de educación. 3. <input type="checkbox"/> Motivos de salud. 4. <input type="checkbox"/> Matrimonio o conformación de un nuevo hogar. 5. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por conflicto armado. 6. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por delincuencia común. 7. <input type="checkbox"/> Motivos familiares. 8. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál? <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Laborales u oportunidad de negocio. 2. <input type="checkbox"/> Más oportunidades de educación. 3. <input type="checkbox"/> Motivos de salud. 4. <input type="checkbox"/> Matrimonio o conformación de un nuevo hogar. 5. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por conflicto armado. 6. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por delincuencia común. 7. <input type="checkbox"/> Motivos familiares. 8. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál? <input type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> Laborales u oportunidad de negocio. 2. <input type="checkbox"/> Más oportunidades de educación. 3. <input type="checkbox"/> Motivos de salud. 4. <input type="checkbox"/> Matrimonio o conformación de un nuevo hogar. 5. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por conflicto armado. 6. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionada por delincuencia común. 7. <input type="checkbox"/> Motivos familiares. 8. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál? <input type="text"/>
Cuando ... llegó por última vez a Bogotá, ¿quién le ayudó a instalarse en la ciudad?	16.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> b. Este hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Familiares fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> d. Amigos en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> e. Amigos fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> f. Gobierno, organización o asociación. 2. <input type="checkbox"/> g. Nadie le ayudó.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> b. Este hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Familiares fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> d. Amigos en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> e. Amigos fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> f. Gobierno, organización o asociación. 2. <input type="checkbox"/> g. Nadie le ayudó.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> b. Este hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Familiares fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> d. Amigos en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> e. Amigos fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> f. Gobierno, organización o asociación. 2. <input type="checkbox"/> g. Nadie le ayudó.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> b. Este hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Familiares fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> d. Amigos en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> e. Amigos fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> f. Gobierno, organización o asociación. 2. <input type="checkbox"/> g. Nadie le ayudó.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> b. Este hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Familiares fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> d. Amigos en Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> e. Amigos fuera de Bogotá. 1. <input type="checkbox"/> f. Gobierno, organización o asociación. 2. <input type="checkbox"/> g. Nadie le ayudó.

E. COMPOSICIÓN DEL HOGAR Y DEMOGRAFÍA (para todas las personas) (conclusión)

		1	2	3	4	5
¿El padre de ... vive en este hogar?	17.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. orden. <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a 19 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecido.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Número de orden <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a 19 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecido.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Número de orden. <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a 19 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecido.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Número de orden. <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a 19 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecido.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Número de orden <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a 19 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecido.
¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de ...?	18.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.
¿La madre de ... vive en este hogar?	19.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a capítulo F 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecida.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a capítulo F 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecida.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a capítulo F 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecida.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a capítulo F 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecida.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm. de orden <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a capítulo F 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Fallecida.
¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el madre de ... ?	20.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.	01. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria. 02. <input type="checkbox"/> Toda la primaria. 03. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria. 04. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria. 05. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica. 06. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título). 07. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad. 08. <input type="checkbox"/> Universidad completa con título. 09. <input type="checkbox"/> Posgrado. 10. <input type="checkbox"/> Ninguno. 99. <input type="checkbox"/> No sabe.

Observaciones: _____

F. SALUD (para todas las personas del hogar)

	1	2	3	4	5
¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud? (Empresa Promotora de Salud [EPS], regímenes de excepción o Empresa Promotora de Salud Subsidiada [EPSS])	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13
¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado ...?	1. <input type="checkbox"/> Contributivo. 2. <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio). → Pase a 5 3. <input type="checkbox"/> Subsidiado (ARS o EPSS). → Pase a 4 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13	1. <input type="checkbox"/> Contributivo. 2. <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio). → Pase a 5 3. <input type="checkbox"/> Subsidiado (ARS o EPSS). → Pase a 4 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13	1. <input type="checkbox"/> Contributivo. 2. <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio). → Pase a 5 3. <input type="checkbox"/> Subsidiado (ARS o EPSS). → Pase a 4 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13	1. <input type="checkbox"/> Contributivo. 2. <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio). → Pase a 5 3. <input type="checkbox"/> Subsidiado (ARS o EPSS). → Pase a 4 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13	1. <input type="checkbox"/> Contributivo. 2. <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio). → Pase a 5 3. <input type="checkbox"/> Subsidiado (ARS o EPSS). → Pase a 4 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa. → Pase a 13
¿Cuál es la principal razón para que ... no esté cubierto por una entidad de seguridad social en salud?	01. <input type="checkbox"/> Falta de dinero. 02. <input type="checkbox"/> Muchos trámites. 03. <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido. 04. <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse. 05. <input type="checkbox"/> No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad. 06. <input type="checkbox"/> Está en espera del carné de régimen subsidiado. → Pase a 13 07. <input type="checkbox"/> Está a la espera de la encuesta SISBEN. 08. <input type="checkbox"/> No sabe cómo afiliarse. 09. <input type="checkbox"/> Lo desvincularon del SISBEN. 10. <input type="checkbox"/> El cotizante perdió el trabajo. 11. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Falta de dinero. 02. <input type="checkbox"/> Muchos trámites. 03. <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido. 04. <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse. 05. <input type="checkbox"/> No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad. 06. <input type="checkbox"/> Está en espera del carné de régimen subsidiado. → Pase a 13 07. <input type="checkbox"/> Está a la espera de la encuesta SISBEN. 08. <input type="checkbox"/> No sabe cómo afiliarse. 09. <input type="checkbox"/> Lo desvincularon del SISBEN. 10. <input type="checkbox"/> El cotizante perdió el trabajo. 11. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Falta de dinero. 02. <input type="checkbox"/> Muchos trámites. 03. <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido. 04. <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse. 05. <input type="checkbox"/> No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad. 06. <input type="checkbox"/> Está en espera del carné de régimen subsidiado. → Pase a 13 07. <input type="checkbox"/> Está a la espera de la encuesta SISBEN. 08. <input type="checkbox"/> No sabe cómo afiliarse. 09. <input type="checkbox"/> Lo desvincularon del SISBEN. 10. <input type="checkbox"/> El cotizante perdió el trabajo. 11. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Falta de dinero. 02. <input type="checkbox"/> Muchos trámites. 03. <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido. 04. <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse. 05. <input type="checkbox"/> No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad. 06. <input type="checkbox"/> Está en espera del carné de régimen subsidiado. → Pase a 13 07. <input type="checkbox"/> Está a la espera de la encuesta SISBEN. 08. <input type="checkbox"/> No sabe cómo afiliarse. 09. <input type="checkbox"/> Lo desvincularon del SISBEN. 10. <input type="checkbox"/> El cotizante perdió el trabajo. 11. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Falta de dinero. 02. <input type="checkbox"/> Muchos trámites. 03. <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido. 04. <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse. 05. <input type="checkbox"/> No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad. 06. <input type="checkbox"/> Está en espera del carné de régimen subsidiado. → Pase a 13 07. <input type="checkbox"/> Está a la espera de la encuesta SISBEN. 08. <input type="checkbox"/> No sabe cómo afiliarse. 09. <input type="checkbox"/> Lo desvincularon del SISBEN. 10. <input type="checkbox"/> El cotizante perdió el trabajo. 11. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?
¿Qué tipo de subsidio tiene ... ?	1. <input type="checkbox"/> Completo. → Pase a 7 2. <input type="checkbox"/> Parcial. → Pase a 7 9. <input type="checkbox"/> No sabe. → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> Completo. → Pase a 7 2. <input type="checkbox"/> Parcial. → Pase a 7 9. <input type="checkbox"/> No sabe. → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> Completo. → Pase a 7 2. <input type="checkbox"/> Parcial. → Pase a 7 9. <input type="checkbox"/> No sabe. → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> Completo. → Pase a 7 2. <input type="checkbox"/> Parcial. → Pase a 7 9. <input type="checkbox"/> No sabe. → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> Completo. → Pase a 7 2. <input type="checkbox"/> Parcial. → Pase a 7 9. <input type="checkbox"/> No sabe. → Pase a 7

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

	1	2	3	4	5
¿Quién paga mensualmente por la afiliación de ... ?	1. <input type="checkbox"/> a. Paga una parte y otra la empresa o patrón. 1. <input type="checkbox"/> b. Le descuentan de la pensión. 1. <input type="checkbox"/> c. Paga la totalidad de la afiliación. 5. 2. <input type="checkbox"/> d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó. → Pase a 7 3. <input type="checkbox"/> e. No paga, es beneficiario. 9. <input type="checkbox"/> f. No sabe, no informa.	1. <input type="checkbox"/> a. Paga una parte y otra la empresa o patrón. 1. <input type="checkbox"/> b. Le descuentan de la pensión. 1. <input type="checkbox"/> c. Paga la totalidad de la afiliación. 2. <input type="checkbox"/> d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó. → Pase a 7 3. <input type="checkbox"/> e. No paga, es beneficiario. 9. <input type="checkbox"/> f. No sabe, no informa.	1. <input type="checkbox"/> a. Paga una parte y otra la empresa o patrón. 1. <input type="checkbox"/> b. Le descuentan de la pensión. 1. <input type="checkbox"/> c. Paga la totalidad de la afiliación. 2. <input type="checkbox"/> d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó. → Pase a 7 3. <input type="checkbox"/> e. No paga, es beneficiario. 9. <input type="checkbox"/> f. No sabe, no informa.	1. <input type="checkbox"/> a. Paga una parte y otra la empresa o patrón. 1. <input type="checkbox"/> b. Le descuentan de la pensión. 1. <input type="checkbox"/> c. Paga la totalidad de la afiliación. 2. <input type="checkbox"/> d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó. → Pase a 7 3. <input type="checkbox"/> e. No paga, es beneficiario. 9. <input type="checkbox"/> f. No sabe, no informa.	1. <input type="checkbox"/> a. Paga una parte y otra la empresa o patrón. 1. <input type="checkbox"/> b. Le descuentan de la pensión. 1. <input type="checkbox"/> c. Paga la totalidad de la afiliación. 2. <input type="checkbox"/> d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó. → Pase a 7 3. <input type="checkbox"/> e. No paga, es beneficiario. 9. <input type="checkbox"/> f. No sabe, no informa.
¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a ... para estar cubierto por una entidad de seguridad social en salud?	6. Valor pagado o descontado \$ _____	Valor pagado o descontado \$ _____			
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... ha tenido problemas para que la IPS (hospital, clínica, centro de salud, centro médico o consultorio) lo(a) reconozca o acepte como afiliado(a) a la EPS o EPSS?	7. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> No ha usado los servicios de la IPS.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> No ha usado los servicios de la IPS.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> No ha usado los servicios de la IPS.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> No ha usado los servicios de la IPS.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> No ha usado los servicios de la IPS.
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿la EPS o EPSS a la que está afiliado(a) ... le ha informado a dónde puede ir cuando tenga una urgencia de salud o necesite una consulta médica?	8. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... tuvo algún problema para acceder al servicio de salud al que está afiliado(a)?	9. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 11	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 11	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 11	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 11	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 11

Observaciones: _____

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

	1	2	3	4	5
<p>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuáles problemas ha tenido ... para acceder al servicio de salud?</p>	<p>10.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a. Estar atrasado en los pagos.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Doble afiliación.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. El convenio con la IPS no estaba vigente.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. No tenía carné.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> e. Tenía muchas pendientes por pagar.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> f. Lo remitieron a una IPS que no le correspondía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> g. No estaba registrado como afiliado o beneficiario.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> h. No había citas disponibles cuando solicitó el servicio.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> i. No pudo pedir cita porque los trámites para hacerlo eran muy demorados o difíciles.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> j. No encontró citas que se ajustaran a sus necesidades .</p> <p>1. <input type="checkbox"/> k. Otro; ¿cuál?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a. Estar atrasado en los pagos.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Doble afiliación.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. El convenio con la IPS no estaba vigente.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. No tenía carné.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> e. Tenía muchas pendientes por pagar.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> f. Lo remitieron a una IPS que no le correspondía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> g. No estaba registrado como afiliado o beneficiario.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> h. No había citas disponibles cuando solicitó el servicio.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> i. No pudo pedir cita porque los trámites para hacerlo eran muy demorados o difíciles.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> j. No encontró citas que se ajustaran a sus necesidades .</p> <p>1. <input type="checkbox"/> k. Otro; ¿cuál?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a. Estar atrasado en los pagos.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Doble afiliación.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. El convenio con la IPS no estaba vigente.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. No tenía carné.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> e. Tenía muchas pendientes por pagar.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> f. Lo remitieron a una IPS que no le correspondía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> g. No estaba registrado como afiliado o beneficiario.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> h. No había citas disponibles cuando solicitó el servicio.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> i. No pudo pedir cita porque los trámites para hacerlo eran muy demorados o difíciles.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> j. No encontró citas que se ajustaran a sus necesidades .</p> <p>1. <input type="checkbox"/> k. Otro; ¿cuál?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a. Estar atrasado en los pagos.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Doble afiliación.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. El convenio con la IPS no estaba vigente.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. No tenía carné.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> e. Tenía muchas pendientes por pagar.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> f. Lo remitieron a una IPS que no le correspondía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> g. No estaba registrado como afiliado o beneficiario.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> h. No había citas disponibles cuando solicitó el servicio.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> i. No pudo pedir cita porque los trámites para hacerlo eran muy demorados o difíciles.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> j. No encontró citas que se ajustaran a sus necesidades .</p> <p>1. <input type="checkbox"/> k. Otro; ¿cuál?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a. Estar atrasado en los pagos.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Doble afiliación.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. El convenio con la IPS no estaba vigente.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. No tenía carné.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> e. Tenía muchas pendientes por pagar.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> f. Lo remitieron a una IPS que no le correspondía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> g. No estaba registrado como afiliado o beneficiario.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> h. No había citas disponibles cuando solicitó el servicio.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> i. No pudo pedir cita porque los trámites para hacerlo eran muy demorados o difíciles.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> j. No encontró citas que se ajustaran a sus necesidades .</p> <p>1. <input type="checkbox"/> k. Otro; ¿cuál?</p>
<p>En promedio, ¿cuántos minutos se demora en llegar ... desde su lugar de residencia a la IPS para sus consultas con el médico general?</p>	<p>11.</p> <p>Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>			
<p>¿... está enterado si la entidad a la que está afiliado ha realizado acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?</p>	<p>12.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>
<p>¿Cuáles de los siguientes planes o seguros de salud tiene ... ?</p>	<p>13.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a. Póliza de hospitalización o cirugía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Contrato de medicina prepagada.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. Contrato de plan complementario de salud con una EPS.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.).</p> <p>2. <input type="checkbox"/> e. Ninguno. → Pase a 15</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a. Póliza de hospitalización o cirugía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Contrato de medicina prepagada.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. Contrato de plan complementario de salud con una EPS.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.).</p> <p>2. <input type="checkbox"/> e. Ninguno. → Pase a 15</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a. Póliza de hospitalización o cirugía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Contrato de medicina prepagada.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. Contrato de plan complementario de salud con una EPS.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.).</p> <p>2. <input type="checkbox"/> e. Ninguno. → Pase a 15</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a. Póliza de hospitalización o cirugía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Contrato de medicina prepagada.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. Contrato de plan complementario de salud con una EPS.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.).</p> <p>2. <input type="checkbox"/> e. Ninguno. → Pase a 15</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a. Póliza de hospitalización o cirugía.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> b. Contrato de medicina prepagada.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> c. Contrato de plan complementario de salud con una EPS.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> d. Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.).</p> <p>2. <input type="checkbox"/> e. Ninguno. → Pase a 15</p>

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

	1	2	3	4	5																																																																																																																								
14. ¿Cuánto paga o le descuentan a ... por concepto de estos planes o seguros de salud?	Valor \$ _____ Periodicidad: 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual.	Valor \$ _____ Periodicidad: 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual.	Valor \$ _____ Periodicidad: 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual.	Valor \$ _____ Periodicidad: 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual.	Valor \$ _____ Periodicidad: 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual.																																																																																																																								
15. El estado de salud de ... en general es:	1. <input type="checkbox"/> Muy bueno. 2. <input type="checkbox"/> Bueno. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Malo.	1. <input type="checkbox"/> Muy bueno. 2. <input type="checkbox"/> Bueno. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Malo.	1. <input type="checkbox"/> Muy bueno. 2. <input type="checkbox"/> Bueno. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Malo.	1. <input type="checkbox"/> Muy bueno. 2. <input type="checkbox"/> Bueno. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Malo.	1. <input type="checkbox"/> Muy bueno. 2. <input type="checkbox"/> Bueno. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Malo.																																																																																																																								
16. Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿ ... consulta por lo menos una vez al año?	1. <input type="checkbox"/> a. Al médico (general o especialista). 1. <input type="checkbox"/> b. Al odontólogo. 1. <input type="checkbox"/> c. Medicina alternativa. 2. <input type="checkbox"/> d. A ninguno. Si tiene menos de 18 años, continúe; si tiene 18 años o más, pase a pregunta 18.	1. <input type="checkbox"/> a. Al médico (general o especialista). 1. <input type="checkbox"/> b. Al odontólogo. 1. <input type="checkbox"/> c. Medicina alternativa. 2. <input type="checkbox"/> d. A ninguno. Si tiene menos de 18 años, continúe; si tiene 18 años o más, pase a pregunta 18.	1. <input type="checkbox"/> a. Al médico (general o especialista). 1. <input type="checkbox"/> b. Al odontólogo. 1. <input type="checkbox"/> c. Medicina alternativa. 2. <input type="checkbox"/> d. A ninguno. Si tiene menos de 18 años, continúe; si tiene 18 años o más, pase a pregunta 18.	1. <input type="checkbox"/> a. Al médico (general o especialista). 1. <input type="checkbox"/> b. Al odontólogo. 1. <input type="checkbox"/> c. Medicina alternativa. 2. <input type="checkbox"/> d. A ninguno. Si tiene menos de 18 años, continúe; si tiene 18 años o más, pase a pregunta 18.	1. <input type="checkbox"/> a. Al médico (general o especialista). 1. <input type="checkbox"/> b. Al odontólogo. 1. <input type="checkbox"/> c. Medicina alternativa. 2. <input type="checkbox"/> d. A ninguno. Si tiene menos de 18 años, continúe; si tiene 18 años o más, pase a pregunta 18.																																																																																																																								
17. A ... le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: (personas menores de 18 años)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Alergia crónica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Asma.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Epilepsia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="color: #f080f0; text-align: center;">Si al menos una respuesta es Sí, pase a 19; si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí	No	a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Alergia crónica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Asma.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Epilepsia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="color: #f080f0; text-align: center;">Si al menos una respuesta es Sí, pase a 19; si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí	No	a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Alergia crónica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Asma.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Epilepsia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="color: #f080f0; text-align: center;">Si al menos una respuesta es Sí, pase a 19; si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí	No	a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Alergia crónica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Asma.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Epilepsia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="color: #f080f0; text-align: center;">Si al menos una respuesta es Sí, pase a 19; si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí	No	a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Alergia crónica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Asma.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Epilepsia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="color: #f080f0; text-align: center;">Si al menos una respuesta es Sí, pase a 19; si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí	No	a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
	Sí	No																																																																																																																											
a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
	Sí	No																																																																																																																											
a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
	Sí	No																																																																																																																											
a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
	Sí	No																																																																																																																											
a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
	Sí	No																																																																																																																											
a. Alergia crónica.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
b. Asma.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
c. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
d. Tumores malignos (leucemia, linfoma, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
e. Epilepsia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
f. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											
g. Trastornos mentales (depresión, ansiedad).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																																																																																											

Observaciones: _____

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

		1	2	3	4	5																																																																																																				
A ... le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: (personas de 18 años y más)	18.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Insuficiencia renal.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Tumores malignos, cáncer.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Asma, alergias crónicas.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; color: #f080f0; font-size: small;">Si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí No	a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Insuficiencia renal.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Tumores malignos, cáncer.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Asma, alergias crónicas.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; color: #f080f0; font-size: small;">Si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí No	a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Insuficiencia renal.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Tumores malignos, cáncer.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Asma, alergias crónicas.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; color: #f080f0; font-size: small;">Si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí No	a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Insuficiencia renal.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Tumores malignos, cáncer.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Asma, alergias crónicas.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; color: #f080f0; font-size: small;">Si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí No	a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Insuficiencia renal.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Diabetes.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Tumores malignos, cáncer.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Asma, alergias crónicas.</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; color: #f080f0; font-size: small;">Si todas las opciones de respuesta son No, pase a 20.</p>		Sí No	a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		Sí No																																																																																																								
	a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																								
i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
	Sí No																																																																																																									
a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
	Sí No																																																																																																									
a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
	Sí No																																																																																																									
a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
	Sí No																																																																																																									
a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
c. Insuficiencia renal.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis o reumatismo.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
f. Diabetes.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
g. Tumores malignos, cáncer.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
i. Asma, alergias crónicas.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																																									
19. Para tratar esa(s) enfermedad(es) ¿... recibe atención médica periódica, asiste regularmente a una institución de salud o se hace controles?	1. <input type="checkbox"/> Sí, para todas. 2. <input type="checkbox"/> Sí, para algunas. 3. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí, para todas. 2. <input type="checkbox"/> Sí, para algunas. 3. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí, para todas. 2. <input type="checkbox"/> Sí, para algunas. 3. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí, para todas. 2. <input type="checkbox"/> Sí, para algunas. 3. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí, para todas. 2. <input type="checkbox"/> Sí, para algunas. 3. <input type="checkbox"/> No.																																																																																																					
20. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... tuvo algún problema de salud (enfermedad, problema odontológico, etc.)	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26																																																																																																					
21. ¿Este problema de salud fue causado por accidente o violencia?	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.																																																																																																					
22. Por este problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó ... de realizar sus actividades normales?	Número de días: <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de días: <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de días: <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de días: <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de días: <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																					
Observaciones: _____ _____ _____																																																																																																										

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

	1	2	3	4	5
<p>¿Qué hizo principalmente ... para tratar ese problema de salud?</p>	<p>23.</p> <p>01. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>02. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>03. <input type="checkbox"/> Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>04. <input type="checkbox"/> Acudió a una ESE –Empresa Social del Estado– (Hospital o Centro de salud).</p> <p>05. <input type="checkbox"/> Acudió a un boticario, farmacéuta o droguista.</p> <p>06. <input type="checkbox"/> Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona.</p> <p>07. <input type="checkbox"/> Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.). → Pase a 26</p> <p>08. <input type="checkbox"/> Usó remedios caseros.</p> <p>09. <input type="checkbox"/> Se autorrecetó.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Nada.</p>	<p>01. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>02. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>03. <input type="checkbox"/> Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>04. <input type="checkbox"/> Acudió a una ESE –Empresa Social del Estado– (Hospital o Centro de salud).</p> <p>05. <input type="checkbox"/> Acudió a un boticario, farmacéuta o droguista.</p> <p>06. <input type="checkbox"/> Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona.</p> <p>07. <input type="checkbox"/> Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.). → Pase a 26</p> <p>08. <input type="checkbox"/> Usó remedios caseros.</p> <p>09. <input type="checkbox"/> Se autorrecetó.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Nada.</p>	<p>01. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>02. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>03. <input type="checkbox"/> Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>04. <input type="checkbox"/> Acudió a una ESE –Empresa Social del Estado– (Hospital o Centro de salud).</p> <p>05. <input type="checkbox"/> Acudió a un boticario, farmacéuta o droguista.</p> <p>06. <input type="checkbox"/> Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona.</p> <p>07. <input type="checkbox"/> Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.). → Pase a 26</p> <p>08. <input type="checkbox"/> Usó remedios caseros.</p> <p>09. <input type="checkbox"/> Se autorrecetó.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Nada.</p>	<p>01. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>02. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>03. <input type="checkbox"/> Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>04. <input type="checkbox"/> Acudió a una ESE –Empresa Social del Estado– (Hospital o Centro de salud).</p> <p>05. <input type="checkbox"/> Acudió a un boticario, farmacéuta o droguista.</p> <p>06. <input type="checkbox"/> Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona.</p> <p>07. <input type="checkbox"/> Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.). → Pase a 26</p> <p>08. <input type="checkbox"/> Usó remedios caseros.</p> <p>09. <input type="checkbox"/> Se autorrecetó.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Nada.</p>	<p>01. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>02. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>03. <input type="checkbox"/> Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>04. <input type="checkbox"/> Acudió a una ESE –Empresa Social del Estado– (Hospital o Centro de salud).</p> <p>05. <input type="checkbox"/> Acudió a un boticario, farmacéuta o droguista.</p> <p>06. <input type="checkbox"/> Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona.</p> <p>07. <input type="checkbox"/> Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.). → Pase a 26</p> <p>08. <input type="checkbox"/> Usó remedios caseros.</p> <p>09. <input type="checkbox"/> Se autorrecetó.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Nada.</p>
<p>Por este problema de salud, ¿ ... requirió hospitalización?</p>	<p>24.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p>
<p>En general, considera que la calidad del servicio fue:</p>	<p>25.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Muy buena.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Buena.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Regular.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Mala.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Muy buena.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Buena.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Regular.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Mala.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Muy buena.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Buena.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Regular.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Mala.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Muy buena.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Buena.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Regular.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Mala.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Muy buena.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Buena.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Regular.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Mala.</p>

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

	1	2	3	4	5
... tiene alguna limitación permanente para:	26. <input type="checkbox"/> a. Moverse o caminar <input type="checkbox"/> b. Usar sus brazos o manos <input type="checkbox"/> c. Ver, a pesar de usar lentes o gafas <input type="checkbox"/> d. Oír, aún con aparatos especiales <input type="checkbox"/> e. Hablar <input type="checkbox"/> f. Entender o aprender <input type="checkbox"/> g. Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales <input type="checkbox"/> h. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> a. Moverse o caminar <input type="checkbox"/> b. Usar sus brazos o manos <input type="checkbox"/> c. Ver, a pesar de usar lentes o gafas <input type="checkbox"/> d. Oír, aún con aparatos especiales <input type="checkbox"/> e. Hablar <input type="checkbox"/> f. Entender o aprender <input type="checkbox"/> g. Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales <input type="checkbox"/> h. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> a. Moverse o caminar <input type="checkbox"/> b. Usar sus brazos o manos <input type="checkbox"/> c. Ver, a pesar de usar lentes o gafas <input type="checkbox"/> d. Oír, aún con aparatos especiales <input type="checkbox"/> e. Hablar <input type="checkbox"/> f. Entender o aprender <input type="checkbox"/> g. Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales <input type="checkbox"/> h. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> a. Moverse o caminar <input type="checkbox"/> b. Usar sus brazos o manos <input type="checkbox"/> c. Ver, a pesar de usar lentes o gafas <input type="checkbox"/> d. Oír, aún con aparatos especiales <input type="checkbox"/> e. Hablar <input type="checkbox"/> f. Entender o aprender <input type="checkbox"/> g. Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales <input type="checkbox"/> h. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> a. Moverse o caminar <input type="checkbox"/> b. Usar sus brazos o manos <input type="checkbox"/> c. Ver, a pesar de usar lentes o gafas <input type="checkbox"/> d. Oír, aún con aparatos especiales <input type="checkbox"/> e. Hablar <input type="checkbox"/> f. Entender o aprender <input type="checkbox"/> g. Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales <input type="checkbox"/> h. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores. → Pase a 30
Para afrontar esta(s) limitación(es), ¿... sigue algún tratamiento médico?	27. <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	1. ☐ Sí. ☐ No.	1. ☐ Sí. ☐ No.	1. ☐ Sí. ☐ No.
¿Quién se ocupa principalmente del cuidado de ... ?	28. <input type="checkbox"/> Una persona de este hogar. → Núm. orden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar, no remunerada. → 1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer. <input type="checkbox"/> Un(a) empleado(a) contratado(a) para ayudarlo. <input type="checkbox"/> Una institución contratada para ello. <input type="checkbox"/> No requiere cuidado permanente. <input type="checkbox"/> No tiene quien lo cuide. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> Una persona de este hogar. → Núm. orden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar, no remunerada. → 1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer. <input type="checkbox"/> Un(a) empleado(a) contratado(a) para ayudarlo. <input type="checkbox"/> Una institución contratada para ello. <input type="checkbox"/> No requiere cuidado permanente. <input type="checkbox"/> No tiene quien lo cuide. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> Una persona de este hogar. → Núm. orden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar, no remunerada. → 1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer. <input type="checkbox"/> Un(a) empleado(a) contratado(a) para ayudarlo. <input type="checkbox"/> Una institución contratada para ello. <input type="checkbox"/> No requiere cuidado permanente. <input type="checkbox"/> No tiene quien lo cuide. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> Una persona de este hogar. → Núm. orden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar, no remunerada. → 1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer. <input type="checkbox"/> Un(a) empleado(a) contratado(a) para ayudarlo. <input type="checkbox"/> Una institución contratada para ello. <input type="checkbox"/> No requiere cuidado permanente. <input type="checkbox"/> No tiene quien lo cuide. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> Una persona de este hogar. → Núm. orden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar, no remunerada. → 1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer. <input type="checkbox"/> Un(a) empleado(a) contratado(a) para ayudarlo. <input type="checkbox"/> Una institución contratada para ello. <input type="checkbox"/> No requiere cuidado permanente. <input type="checkbox"/> No tiene quien lo cuide. → Pase a 30
¿Quién asume el pago de la persona o de la institución que se encarga del cuidado de ... ?	29. <input type="checkbox"/> a. El sistema de salud (EPS, ARS). <input type="checkbox"/> b. El hogar. → Gasto mensual: \$ _____ <input type="checkbox"/> c. Familiar de otro hogar. <input type="checkbox"/> d. La misma persona. <input type="checkbox"/> e. Una ONG. <input type="checkbox"/> f. Amigos o vecinos. <input type="checkbox"/> g. Otro; ¿cuál _____ <input type="checkbox"/> h. No se paga por los cuidados que recibe.	1. <input type="checkbox"/> a. El sistema de salud (EPS, ARS). <input type="checkbox"/> b. El hogar. → Gasto mensual: \$ _____ <input type="checkbox"/> c. Familiar de otro hogar. <input type="checkbox"/> d. La misma persona. <input type="checkbox"/> e. Una ONG. <input type="checkbox"/> f. Amigos o vecinos. <input type="checkbox"/> g. Otro; ¿cuál _____ <input type="checkbox"/> h. No se paga por los cuidados que recibe.	1. <input type="checkbox"/> a. El sistema de salud (EPS, ARS). <input type="checkbox"/> b. El hogar. → Gasto mensual: \$ _____ <input type="checkbox"/> c. Familiar de otro hogar. <input type="checkbox"/> d. La misma persona. <input type="checkbox"/> e. Una ONG. <input type="checkbox"/> f. Amigos o vecinos. <input type="checkbox"/> g. Otro; ¿cuál _____ <input type="checkbox"/> h. No se paga por los cuidados que recibe.	1. <input type="checkbox"/> a. El sistema de salud (EPS, ARS). <input type="checkbox"/> b. El hogar. → Gasto mensual: \$ _____ <input type="checkbox"/> c. Familiar de otro hogar. <input type="checkbox"/> d. La misma persona. <input type="checkbox"/> e. Una ONG. <input type="checkbox"/> f. Amigos o vecinos. <input type="checkbox"/> g. Otro; ¿cuál _____ <input type="checkbox"/> h. No se paga por los cuidados que recibe.	1. <input type="checkbox"/> a. El sistema de salud (EPS, ARS). <input type="checkbox"/> b. El hogar. → Gasto mensual: \$ _____ <input type="checkbox"/> c. Familiar de otro hogar. <input type="checkbox"/> d. La misma persona. <input type="checkbox"/> e. Una ONG. <input type="checkbox"/> f. Amigos o vecinos. <input type="checkbox"/> g. Otro; ¿cuál _____ <input type="checkbox"/> h. No se paga por los cuidados que recibe.

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

	1	2	3	4	5
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... tuvo que ser hospitalizado(a)?	30. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas veces? <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 35	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas veces? <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 35	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas veces? <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 35	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas veces? <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 35	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas veces? <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 35
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto pagó en total ... por hospitalización(es)?	31. 1. <input type="checkbox"/> Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No tuvo que pagar → Pase a 33.	1. <input type="checkbox"/> Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No tuvo que pagar → Pase a 33.	1. <input type="checkbox"/> Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No tuvo que pagar → Pase a 33.	1. <input type="checkbox"/> Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No tuvo que pagar → Pase a 33.	1. <input type="checkbox"/> Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No tuvo que pagar → Pase a 33.
¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó el hogar para cubrir los costos de la última hospitalización (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)?	32. a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Secretaría de salud. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Recursos propios y/o familiares. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Préstamo de amigos y/o vecinos. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Secretaría de salud. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Recursos propios y/o familiares. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Préstamo de amigos y/o vecinos. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Secretaría de salud. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Recursos propios y/o familiares. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Préstamo de amigos y/o vecinos. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Secretaría de salud. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Recursos propios y/o familiares. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Préstamo de amigos y/o vecinos. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Secretaría de salud. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Recursos propios y/o familiares. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Préstamo de amigos y/o vecinos. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
¿Cuál fue el motivo principal de su última hospitalización?	33. 1. <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica. 2. <input type="checkbox"/> Parto (incluye cesárea). 3. <input type="checkbox"/> Tratamiento médico sin intervención quirúrgica. 4. <input type="checkbox"/> Por enfermedad mental. 5. <input type="checkbox"/> Estudio médico para diagnóstico. 6. <input type="checkbox"/> Otros motivos.	1. <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica. 2. <input type="checkbox"/> Parto (incluye cesárea). 3. <input type="checkbox"/> Tratamiento médico sin intervención quirúrgica. 4. <input type="checkbox"/> Por enfermedad mental. 5. <input type="checkbox"/> Estudio médico para diagnóstico. 6. <input type="checkbox"/> Otros motivos.	1. <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica. 2. <input type="checkbox"/> Parto (incluye cesárea). 3. <input type="checkbox"/> Tratamiento médico sin intervención quirúrgica. 4. <input type="checkbox"/> Por enfermedad mental. 5. <input type="checkbox"/> Estudio médico para diagnóstico. 6. <input type="checkbox"/> Otros motivos.	1. <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica. 2. <input type="checkbox"/> Parto (incluye cesárea). 3. <input type="checkbox"/> Tratamiento médico sin intervención quirúrgica. 4. <input type="checkbox"/> Por enfermedad mental. 5. <input type="checkbox"/> Estudio médico para diagnóstico. 6. <input type="checkbox"/> Otros motivos.	1. <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica. 2. <input type="checkbox"/> Parto (incluye cesárea). 3. <input type="checkbox"/> Tratamiento médico sin intervención quirúrgica. 4. <input type="checkbox"/> Por enfermedad mental. 5. <input type="checkbox"/> Estudio médico para diagnóstico. 6. <input type="checkbox"/> Otros motivos.
Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:	34. 1. <input type="checkbox"/> Muy buena. 2. <input type="checkbox"/> Buena. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Mala.	1. <input type="checkbox"/> Muy buena. 2. <input type="checkbox"/> Buena. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Mala.	1. <input type="checkbox"/> Muy buena. 2. <input type="checkbox"/> Buena. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Mala.	1. <input type="checkbox"/> Muy buena. 2. <input type="checkbox"/> Buena. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Mala.	1. <input type="checkbox"/> Muy buena. 2. <input type="checkbox"/> Buena. 3. <input type="checkbox"/> Regular. 4. <input type="checkbox"/> Mala.
Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... acudió a un servicio de urgencias?	35. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38
¿... recibió atención médica de urgencias?	36. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 38
¿Cuánto tiempo transcurrió desde que ... llegó al servicio de urgencia hasta que recibió atención médica?	37. Horas: <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/>	Horas: <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/>			

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

	1	2	3	4	5
<p>Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... utilizó servicios de salud para:</p>	<p>38.</p> <p>a. Consulta al médico general? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Consulta médica con especialista? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Consulta o tratamiento odontológico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Vacunas? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la vacuna? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>e. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>f. Terapias alternativas (hemoterapia, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>a. Consulta al médico general? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Consulta médica con especialista? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Consulta o tratamiento odontológico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Vacunas? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la vacuna? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>e. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>f. Terapias alternativas (hemoterapia, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>a. Consulta al médico general? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Consulta médica con especialista? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Consulta o tratamiento odontológico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Vacunas? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la vacuna? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>e. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>f. Terapias alternativas (hemoterapia, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>a. Consulta al médico general? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Consulta médica con especialista? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Consulta o tratamiento odontológico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Vacunas? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la vacuna? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>e. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>f. Terapias alternativas (hemoterapia, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p>	<p>a. Consulta al médico general? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Consulta médica con especialista? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Consulta o tratamiento odontológico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la consulta? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Vacunas? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por la vacuna? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>e. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>f. Terapias alternativas (hemoterapia, acupuntura, esencias florales, musicoterapia)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuánto pagó por esos servicios? \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.</p>
	<i>Si todas las respuestas son No, pase a 40.</i>	<i>Si todas las respuestas son No, pase a 40.</i>	<i>Si todas las respuestas son No, pase a 40.</i>	<i>Si todas las respuestas son No, pase a 40.</i>	<i>Si todas las respuestas son No, pase a 40.</i>
<p>¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó el hogar para cubrir los costos de los anteriores servicios?</p>	<p>39.</p> <p>a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>d. Secretaría de Salud. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>e. Recursos propios y/o familiares. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>f. Préstamo de amigos y/o vecinos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>d. Secretaría de Salud. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>e. Recursos propios y/o familiares. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>f. Préstamo de amigos y/o vecinos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>d. Secretaría de Salud. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>e. Recursos propios y/o familiares. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>f. Préstamo de amigos y/o vecinos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>d. Secretaría de Salud. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>e. Recursos propios y/o familiares. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>f. Préstamo de amigos y/o vecinos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>b. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>c. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>d. Secretaría de Salud. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>e. Recursos propios y/o familiares. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p> <p>f. Préstamo de amigos y/o vecinos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></p>

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

	1	2	3	4	5
Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuánto gastó el hogar en medicamentos para...? (si el hogar no gastó registre 00)	40. Valor \$ _____	Valor \$ _____	Valor \$ _____	Valor \$ _____	Valor \$ _____
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿... realizó pagos por:	41. a. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 5 años, pase a capítulo G. Si tiene entre 5 y 14 años pase a capítulo H. Si tiene 15 años o más continúe.	a. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 5 años, pase a capítulo G. Si tiene entre 5 y 14 años pase a capítulo H. Si tiene 15 años o más continúe.	a. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 5 años, pase a capítulo G. Si tiene entre 5 y 14 años pase a capítulo H. Si tiene 15 años o más continúe.	a. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 5 años, pase a capítulo G. Si tiene entre 5 y 14 años pase a capítulo H. Si tiene 15 años o más continúe.	a. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 5 años, pase a capítulo G. Si tiene entre 5 y 14 años pase a capítulo H. Si tiene 15 años o más continúe.
En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántas veces por semana ... practicó deporte o realizó actividad física, por 30 minutos continuos o más?	42. 1. <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana. → Pase a 44 2. <input type="checkbox"/> Una a dos veces por semana. → Pase a 44 3. <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana. 4. <input type="checkbox"/> No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes.	1. <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana. → Pase a 44 2. <input type="checkbox"/> Una a dos veces por semana. → Pase a 44 3. <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana. 4. <input type="checkbox"/> No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes.	1. <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana. → Pase a 44 2. <input type="checkbox"/> Una a dos veces por semana. → Pase a 44 3. <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana. 4. <input type="checkbox"/> No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes.	1. <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana. → Pase a 44 2. <input type="checkbox"/> Una a dos veces por semana. → Pase a 44 3. <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana. 4. <input type="checkbox"/> No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes.	1. <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana. → Pase a 44 2. <input type="checkbox"/> Una a dos veces por semana. → Pase a 44 3. <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana. 4. <input type="checkbox"/> No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes.
¿Cuál es la razón principal para que ... no practicara deporte ni tuviera actividad física en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	43. 1. <input type="checkbox"/> Su salud no se lo permite. 2. <input type="checkbox"/> No le interesa o no le motiva. 3. <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo. 4. <input type="checkbox"/> No tiene lugares donde hacerlo. 5. <input type="checkbox"/> Es parte de su trabajo. 6. <input type="checkbox"/> No le alcanza el dinero para hacerlo. 7. <input type="checkbox"/> Otra razón	1. <input type="checkbox"/> Su salud no se lo permite. 2. <input type="checkbox"/> No le interesa o no le motiva. 3. <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo. 4. <input type="checkbox"/> No tiene lugares donde hacerlo. 5. <input type="checkbox"/> Es parte de su trabajo. 6. <input type="checkbox"/> No le alcanza el dinero para hacerlo. 7. <input type="checkbox"/> Otra razón	1. <input type="checkbox"/> Su salud no se lo permite. 2. <input type="checkbox"/> No le interesa o no le motiva. 3. <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo. 4. <input type="checkbox"/> No tiene lugares donde hacerlo. 5. <input type="checkbox"/> Es parte de su trabajo. 6. <input type="checkbox"/> No le alcanza el dinero para hacerlo. 7. <input type="checkbox"/> Otra razón	1. <input type="checkbox"/> Su salud no se lo permite. 2. <input type="checkbox"/> No le interesa o no le motiva. 3. <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo. 4. <input type="checkbox"/> No tiene lugares donde hacerlo. 5. <input type="checkbox"/> Es parte de su trabajo. 6. <input type="checkbox"/> No le alcanza el dinero para hacerlo. 7. <input type="checkbox"/> Otra razón	1. <input type="checkbox"/> Su salud no se lo permite. 2. <input type="checkbox"/> No le interesa o no le motiva. 3. <input type="checkbox"/> No tuvo tiempo. 4. <input type="checkbox"/> No tiene lugares donde hacerlo. 5. <input type="checkbox"/> Es parte de su trabajo. 6. <input type="checkbox"/> No le alcanza el dinero para hacerlo. 7. <input type="checkbox"/> Otra razón
¿ ... ha fumado al menos un cigarrillo en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	44. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 46	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 46	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 46	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 46	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 46
¿ ... fuma todos los días?	45. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántos cigarrillos al día? 2. <input type="checkbox"/> No. □□	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántos cigarrillos al día? 2. <input type="checkbox"/> No. □□	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántos cigarrillos al día? 2. <input type="checkbox"/> No. □□	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántos cigarrillos al día? 2. <input type="checkbox"/> No. □□	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántos cigarrillos al día? 2. <input type="checkbox"/> No. □□

F. SALUD (para todas las personas del hogar) (conclusión)

		1	2	3	4	5	
Dentro de sus hábitos ... evita consumir:	46.	a. Azúcar en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Azúcar en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Azúcar en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Azúcar en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Azúcar en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		b. Sal en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Sal en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Sal en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Sal en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Sal en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Sal en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. Grasas en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Grasas en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Grasas en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Grasas en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Grasas en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Grasas en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		d. Alcohol en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Alcohol en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Alcohol en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Alcohol en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Alcohol en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Alcohol en exceso. 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante los últimos 12 meses, ¿a ... le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? (responda teniendo en cuenta el sexo y edad de la persona)	47.	a. Citología vaginal (mujeres de 15 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	a. Citología vaginal (mujeres de 15 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	a. Citología vaginal (mujeres de 15 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	a. Citología vaginal (mujeres de 15 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	a. Citología vaginal (mujeres de 15 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	
		b. Mamografía (mujeres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	b. Mamografía (mujeres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	b. Mamografía (mujeres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	b. Mamografía (mujeres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	b. Mamografía (mujeres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	b. Mamografía (mujeres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.
		c. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	c. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	c. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	c. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	c. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	c. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más). 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.
		d. Toma de tensión arterial. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	d. Toma de tensión arterial. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	d. Toma de tensión arterial. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	d. Toma de tensión arterial. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	d. Toma de tensión arterial. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	d. Toma de tensión arterial. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.

G. CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

		1	2	3	4	5
¿... asiste a una guardería, hogar comunitario o preescolar?	1.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas horas al día? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 3	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas horas al día? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 3	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas horas al día? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 3	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas horas al día? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 3	1. <input type="checkbox"/> Sí. → ¿Cuántas horas al día? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 3
		2. <input type="checkbox"/> No.	2. ☐ No.	2. ☐ No.	2. ☐ No.	2. ☐ No.
¿Cuál es la razón principal por la cual ... no asiste a una guardería, hogar comunitario o preescolar?	2.	1. <input type="checkbox"/> No hay una institución cercana. 2. <input type="checkbox"/> Es muy costoso. 3. <input type="checkbox"/> No encontré cupo. 4. <input type="checkbox"/> Prefiere que no asista. 5. <input type="checkbox"/> Tiene un familiar en la casa que lo cuida. 6. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad de asistir. 7. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> No hay una institución cercana. 2. <input type="checkbox"/> Es muy costoso. 3. <input type="checkbox"/> No encontré cupo. 4. <input type="checkbox"/> Prefiere que no asista. 5. <input type="checkbox"/> Tiene un familiar en la casa que lo cuida. 6. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad de asistir. 7. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> No hay una institución cercana. 2. <input type="checkbox"/> Es muy costoso. 3. <input type="checkbox"/> No encontré cupo. 4. <input type="checkbox"/> Prefiere que no asista. 5. <input type="checkbox"/> Tiene un familiar en la casa que lo cuida. 6. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad de asistir. 7. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> No hay una institución cercana. 2. <input type="checkbox"/> Es muy costoso. 3. <input type="checkbox"/> No encontré cupo. 4. <input type="checkbox"/> Prefiere que no asista. 5. <input type="checkbox"/> Tiene un familiar en la casa que lo cuida. 6. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad de asistir. 7. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> No hay una institución cercana. 2. <input type="checkbox"/> Es muy costoso. 3. <input type="checkbox"/> No encontré cupo. 4. <input type="checkbox"/> Prefiere que no asista. 5. <input type="checkbox"/> Tiene un familiar en la casa que lo cuida. 6. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad de asistir. 7. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____
		→ Pase a 14	→ Pase a 14	→ Pase a 14	→ Pase a 14	→ Pase a 14

G. CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (continuación)

	1	2	3	4	5
¿A qué tipo de hogar comunitario, guardería o preescolar asiste ... ?	1. <input type="checkbox"/> Hogar comunitario de Bienestar Familiar. 2. <input type="checkbox"/> Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar. 3. <input type="checkbox"/> Jardín infantil o casa vecinal de la Secretaría de Integración Social del Distrito. 4. <input type="checkbox"/> Otra guardería, preescolar o jardín oficial. 5. <input type="checkbox"/> Guardería, preescolar o jardín privado.	1. <input type="checkbox"/> Hogar comunitario de Bienestar Familiar. 2. <input type="checkbox"/> Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar. 3. <input type="checkbox"/> Jardín infantil o casa vecinal de la Secretaría de Integración Social del Distrito. 4. <input type="checkbox"/> Otra guardería, preescolar o jardín oficial. 5. <input type="checkbox"/> Guardería, preescolar o jardín privado.	1. <input type="checkbox"/> Hogar comunitario de Bienestar Familiar. 2. <input type="checkbox"/> Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar. 3. <input type="checkbox"/> Jardín infantil o casa vecinal de la Secretaría de Integración Social del Distrito. 4. <input type="checkbox"/> Otra guardería, preescolar o jardín oficial. 5. <input type="checkbox"/> Guardería, preescolar o jardín privado.	1. <input type="checkbox"/> Hogar comunitario de Bienestar Familiar. 2. <input type="checkbox"/> Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar. 3. <input type="checkbox"/> Jardín infantil o casa vecinal de la Secretaría de Integración Social del Distrito. 4. <input type="checkbox"/> Otra guardería, preescolar o jardín oficial. 5. <input type="checkbox"/> Guardería, preescolar o jardín privado.	1. <input type="checkbox"/> Hogar comunitario de Bienestar Familiar. 2. <input type="checkbox"/> Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar. 3. <input type="checkbox"/> Jardín infantil o casa vecinal de la Secretaría de Integración Social del Distrito. 4. <input type="checkbox"/> Otra guardería, preescolar o jardín oficial. 5. <input type="checkbox"/> Guardería, preescolar o jardín privado.
¿Quién lleva usualmente a ... a la institución a la que asiste?	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Va solo(a).	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Va solo(a).	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Va solo(a).	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Va solo(a).	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Va solo(a).
¿Quién recoge usualmente a ... en la institución a la que asiste?	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Regresa solo(a).	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Regresa solo(a).	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Regresa solo(a).	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Regresa solo(a).	1. <input type="checkbox"/> El padre. 2. <input type="checkbox"/> La madre. 3. <input type="checkbox"/> Otro familiar adulto. 4. <input type="checkbox"/> Transporte escolar. 5. <input type="checkbox"/> Otra persona. 6. <input type="checkbox"/> Regresa solo(a).
¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida a la institución a la que asiste?	6. Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó matrícula para ... ?	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó uniformes para ... ?	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó libros, útiles escolares y elementos de aseo para ... ?	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.

G. CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (continuación)

		1	2	3	4	5
¿El hogar paga:	10.	Pensión o cuota de participación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Pensión o cuota de participación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Pensión o cuota de participación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Pensión o cuota de participación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Pensión o cuota de participación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
	11.	Transporte para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Transporte para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Transporte para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Transporte para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Transporte para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
	12.	Al establecimiento alimentación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Al establecimiento alimentación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Al establecimiento alimentación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Al establecimiento alimentación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Al establecimiento alimentación para ... ? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
¿Recibe ... en el establecimiento educativo, alimentos (desayunos, medias nueves, refrigerios, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?	13.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
	14.	Entre semana, ¿en dónde y cuántas horas al día permanece ... la mayor parte del tiempo de las 6 a.m. a las 6 p.m.? 1. <input type="checkbox"/> En su casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> En otra casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="checkbox"/> En un lugar de trabajo. <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="checkbox"/> En la guardería o jardín. ↳ Pase a 16	Entre semana, ¿en dónde y cuántas horas al día permanece ... la mayor parte del tiempo de las 6 a.m. a las 6 p.m.? 1. <input type="checkbox"/> En su casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> En otra casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="checkbox"/> En un lugar de trabajo. <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="checkbox"/> En la guardería o jardín. ↳ Pase a 16	Entre semana, ¿en dónde y cuántas horas al día permanece ... la mayor parte del tiempo de las 6 a.m. a las 6 p.m.? 1. <input type="checkbox"/> En su casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> En otra casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="checkbox"/> En un lugar de trabajo. <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="checkbox"/> En la guardería o jardín. ↳ Pase a 16	Entre semana, ¿en dónde y cuántas horas al día permanece ... la mayor parte del tiempo de las 6 a.m. a las 6 p.m.? 1. <input type="checkbox"/> En su casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> En otra casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="checkbox"/> En un lugar de trabajo. <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="checkbox"/> En la guardería o jardín. ↳ Pase a 16	Entre semana, ¿en dónde y cuántas horas al día permanece ... la mayor parte del tiempo de las 6 a.m. a las 6 p.m.? 1. <input type="checkbox"/> En su casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> En otra casa. <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="checkbox"/> En un lugar de trabajo. <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="checkbox"/> En la guardería o jardín. ↳ Pase a 16
¿Entre semana, al cuidado de quién está ... la mayor parte del tiempo?	15.	1. <input type="checkbox"/> La madre. 2. <input type="checkbox"/> El padre. 3. <input type="checkbox"/> Ambos padres. 4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más. 5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera. 6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos. 7. <input type="checkbox"/> Otra persona. 8. <input type="checkbox"/> Nadie lo(a) cuida.	1. <input type="checkbox"/> La madre. 2. <input type="checkbox"/> El padre. 3. <input type="checkbox"/> Ambos padres. 4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más. 5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera. 6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos. 7. <input type="checkbox"/> Otra persona. 8. <input type="checkbox"/> Nadie lo(a) cuida.	1. <input type="checkbox"/> La madre. 2. <input type="checkbox"/> El padre. 3. <input type="checkbox"/> Ambos padres. 4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más. 5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera. 6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos. 7. <input type="checkbox"/> Otra persona. 8. <input type="checkbox"/> Nadie lo(a) cuida.	1. <input type="checkbox"/> La madre. 2. <input type="checkbox"/> El padre. 3. <input type="checkbox"/> Ambos padres. 4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más. 5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera. 6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos. 7. <input type="checkbox"/> Otra persona. 8. <input type="checkbox"/> Nadie lo(a) cuida.	1. <input type="checkbox"/> La madre. 2. <input type="checkbox"/> El padre. 3. <input type="checkbox"/> Ambos padres. 4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más. 5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera. 6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos. 7. <input type="checkbox"/> Otra persona. 8. <input type="checkbox"/> Nadie lo(a) cuida.

Observaciones: _____

G. CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (continuación)

	1	2	3	4	5
¿Cuáles de las siguientes actividades realiza la madre habitualmente con ... ?	16. 1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Madre fallecida. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde	1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Madre fallecida. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde	1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Madre fallecida. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde	1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Madre fallecida. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde	1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Madre fallecida. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde
¿Cuáles de las siguientes actividades realiza el padre habitualmente con ... ?	17. 1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Padre fallecido. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde	1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Padre fallecido. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde	1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Padre fallecido. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde	1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Padre fallecido. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde	1. <input type="checkbox"/> a. Cantar, leer o contar cuentos. 1. <input type="checkbox"/> b. Realizar juegos o rondas. 1. <input type="checkbox"/> c. Salir al parque. 1. <input type="checkbox"/> d. Practicar deportes. 1. <input type="checkbox"/> e. Realizar actividades artísticas o manualidades. 1. <input type="checkbox"/> f. Compartir por lo menos una comida al día. 1. <input type="checkbox"/> g. Revisar tareas y estudiar. 1. <input type="checkbox"/> h. Ver televisión, ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales. 2. <input type="checkbox"/> i. Ninguna de las anteriores actividades. 3. <input type="checkbox"/> j. Padre fallecido. 9. <input type="checkbox"/> k. No sabe / no responde
¿Llevan a ... a control de crecimiento y desarrollo?	18. 1. <input type="checkbox"/> Sí. Veces que lo llevaron en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 20 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Veces que lo llevaron en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 20 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Veces que lo llevaron en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 20 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Veces que lo llevaron en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 20 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Veces que lo llevaron en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 20 2. <input type="checkbox"/> No.

Observaciones: _____

G. CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (conclusión)

	1	2	3	4	5
<p>¿Cuáles fueron las razones para no llevar a ... a controles de crecimiento y desarrollo?</p>	<p>19. <input type="checkbox"/> a. No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta.</p> <p><input type="checkbox"/> b. La consulta es muy cara, no tiene plata.</p> <p><input type="checkbox"/> c. El lugar donde lo atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca.</p> <p><input type="checkbox"/> d. No han citado o programado a los niños o niñas a esta consulta por parte de la EPS, ARP, aseguradora, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> e. No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> f. No confía en los médicos.</p> <p><input type="checkbox"/> g. Atienden muy mal.</p> <p><input type="checkbox"/> h. No consiguió cita cercana en el tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> i. Fue, pero no lo atendieron.</p> <p><input type="checkbox"/> j. Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados.</p> <p><input type="checkbox"/> k. Otra; ¿cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> a. No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta.</p> <p><input type="checkbox"/> b. La consulta es muy cara, no tiene plata.</p> <p><input type="checkbox"/> c. El lugar donde lo atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca.</p> <p><input type="checkbox"/> d. No han citado o programado a los niños o niñas a esta consulta por parte de la EPS, ARP, aseguradora, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> e. No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> f. No confía en los médicos.</p> <p><input type="checkbox"/> g. Atienden muy mal.</p> <p><input type="checkbox"/> h. No consiguió cita cercana en el tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> i. Fue, pero no lo atendieron.</p> <p><input type="checkbox"/> j. Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados.</p> <p><input type="checkbox"/> k. Otra; ¿cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> a. No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta.</p> <p><input type="checkbox"/> b. La consulta es muy cara, no tiene plata.</p> <p><input type="checkbox"/> c. El lugar donde lo atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca.</p> <p><input type="checkbox"/> d. No han citado o programado a los niños o niñas a esta consulta por parte de la EPS, ARP, aseguradora, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> e. No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> f. No confía en los médicos.</p> <p><input type="checkbox"/> g. Atienden muy mal.</p> <p><input type="checkbox"/> h. No consiguió cita cercana en el tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> i. Fue, pero no lo atendieron.</p> <p><input type="checkbox"/> j. Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados.</p> <p><input type="checkbox"/> k. Otra; ¿cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> a. No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta.</p> <p><input type="checkbox"/> b. La consulta es muy cara, no tiene plata.</p> <p><input type="checkbox"/> c. El lugar donde lo atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca.</p> <p><input type="checkbox"/> d. No han citado o programado a los niños o niñas a esta consulta por parte de la EPS, ARP, aseguradora, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> e. No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> f. No confía en los médicos.</p> <p><input type="checkbox"/> g. Atienden muy mal.</p> <p><input type="checkbox"/> h. No consiguió cita cercana en el tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> i. Fue, pero no lo atendieron.</p> <p><input type="checkbox"/> j. Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados.</p> <p><input type="checkbox"/> k. Otra; ¿cuál?</p>	<p><input type="checkbox"/> a. No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta.</p> <p><input type="checkbox"/> b. La consulta es muy cara, no tiene plata.</p> <p><input type="checkbox"/> c. El lugar donde lo atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca.</p> <p><input type="checkbox"/> d. No han citado o programado a los niños o niñas a esta consulta por parte de la EPS, ARP, aseguradora, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> e. No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> f. No confía en los médicos.</p> <p><input type="checkbox"/> g. Atienden muy mal.</p> <p><input type="checkbox"/> h. No consiguió cita cercana en el tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> i. Fue, pero no lo atendieron.</p> <p><input type="checkbox"/> j. Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados.</p> <p><input type="checkbox"/> k. Otra; ¿cuál?</p>

<p>En las ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ¿ ... ha tenido:</p>	<p>20. a. Tos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Dificultad al respirar (respiración rápida, asfixia, hundimiento de costillas, ruido al respirar, hervidera de pecho)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Fiebre?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Diarrea?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p style="color: #e91e63; font-size: small;">Termine la encuesta para esta persona.</p>	<p>a. Tos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Dificultad al respirar (respiración rápida, asfixia, hundimiento de costillas, ruido al respirar, hervidera de pecho)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Fiebre?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Diarrea?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p style="color: #e91e63; font-size: small;">Termine la encuesta para esta persona.</p>	<p>a. Tos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Dificultad al respirar (respiración rápida, asfixia, hundimiento de costillas, ruido al respirar, hervidera de pecho)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Fiebre?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Diarrea?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p style="color: #e91e63; font-size: small;">Termine la encuesta para esta persona.</p>	<p>a. Tos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Dificultad al respirar (respiración rápida, asfixia, hundimiento de costillas, ruido al respirar, hervidera de pecho)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Fiebre?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Diarrea?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p style="color: #e91e63; font-size: small;">Termine la encuesta para esta persona.</p>	<p>a. Tos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>b. Dificultad al respirar (respiración rápida, asfixia, hundimiento de costillas, ruido al respirar, hervidera de pecho)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>c. Fiebre?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p>d. Diarrea?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No.</p> <p style="color: #e91e63; font-size: small;">Termine la encuesta para esta persona.</p>
--	--	--	--	--	--

Observaciones: _____

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

	1	2	3	4	5
¿... sabe leer y escribir?	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.
¿... actualmente estudia (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)?	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Si tiene menos de 35 años, pase a 6; si tiene 35 años y más, pase a 5. 2. <input type="checkbox"/> No. → Si tiene 35 años y más, pase a 5; si tiene menos de 35 años, continúe.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Si tiene menos de 35 años, pase a 6; si tiene 35 años y más, pase a 5. 2. <input type="checkbox"/> No. → Si tiene 35 años y más, pase a 5; si tiene menos de 35 años, continúe.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Si tiene menos de 35 años, pase a 6; si tiene 35 años y más, pase a 5. 2. <input type="checkbox"/> No. → Si tiene 35 años y más, pase a 5; si tiene menos de 35 años, continúe.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Si tiene menos de 35 años, pase a 6; si tiene 35 años y más, pase a 5. 2. <input type="checkbox"/> No. → Si tiene 35 años y más, pase a 5; si tiene menos de 35 años, continúe.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Si tiene menos de 35 años, pase a 6; si tiene 35 años y más, pase a 5. 2. <input type="checkbox"/> No. → Si tiene 35 años y más, pase a 5; si tiene menos de 35 años, continúe.
¿Cuál es la principal razón para que ... no estudie?	01. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad escolar. 02. <input type="checkbox"/> Considera que ya terminó. 03. <input type="checkbox"/> Costos educativos elevados o falta de dinero. 04. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de las labores domésticas y/o del cuidado de niños. 05. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de otras personas del hogar (ancianos, personas discapacitadas, etc.). 06. <input type="checkbox"/> Necesita trabajar o buscar trabajo. 07. <input type="checkbox"/> No le gusta o no le interesa el estudio. 08. <input type="checkbox"/> Porque se casó o formó pareja. 09. <input type="checkbox"/> Falta de cupos. 10. <input type="checkbox"/> No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. → Pase a 5 11. <input type="checkbox"/> Necesita educación especial. 12. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad escolar. 02. <input type="checkbox"/> Considera que ya terminó. 03. <input type="checkbox"/> Costos educativos elevados o falta de dinero. 04. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de las labores domésticas y/o del cuidado de niños. 05. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de otras personas del hogar (ancianos, personas discapacitadas, etc.). 06. <input type="checkbox"/> Necesita trabajar o buscar trabajo. 07. <input type="checkbox"/> No le gusta o no le interesa el estudio. 08. <input type="checkbox"/> Porque se casó o formó pareja. 09. <input type="checkbox"/> Falta de cupos. 10. <input type="checkbox"/> No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. → Pase a 5 11. <input type="checkbox"/> Necesita educación especial. 12. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad escolar. 02. <input type="checkbox"/> Considera que ya terminó. 03. <input type="checkbox"/> Costos educativos elevados o falta de dinero. 04. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de las labores domésticas y/o del cuidado de niños. 05. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de otras personas del hogar (ancianos, personas discapacitadas, etc.). 06. <input type="checkbox"/> Necesita trabajar o buscar trabajo. 07. <input type="checkbox"/> No le gusta o no le interesa el estudio. 08. <input type="checkbox"/> Porque se casó o formó pareja. 09. <input type="checkbox"/> Falta de cupos. 10. <input type="checkbox"/> No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. → Pase a 5 11. <input type="checkbox"/> Necesita educación especial. 12. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad escolar. 02. <input type="checkbox"/> Considera que ya terminó. 03. <input type="checkbox"/> Costos educativos elevados o falta de dinero. 04. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de las labores domésticas y/o del cuidado de niños. 05. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de otras personas del hogar (ancianos, personas discapacitadas, etc.). 06. <input type="checkbox"/> Necesita trabajar o buscar trabajo. 07. <input type="checkbox"/> No le gusta o no le interesa el estudio. 08. <input type="checkbox"/> Porque se casó o formó pareja. 09. <input type="checkbox"/> Falta de cupos. 10. <input type="checkbox"/> No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. → Pase a 5 11. <input type="checkbox"/> Necesita educación especial. 12. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad escolar. 02. <input type="checkbox"/> Considera que ya terminó. 03. <input type="checkbox"/> Costos educativos elevados o falta de dinero. 04. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de las labores domésticas y/o del cuidado de niños. 05. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de otras personas del hogar (ancianos, personas discapacitadas, etc.). 06. <input type="checkbox"/> Necesita trabajar o buscar trabajo. 07. <input type="checkbox"/> No le gusta o no le interesa el estudio. 08. <input type="checkbox"/> Porque se casó o formó pareja. 09. <input type="checkbox"/> Falta de cupos. 10. <input type="checkbox"/> No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. → Pase a 5 11. <input type="checkbox"/> Necesita educación especial. 12. <input type="checkbox"/> Otra razón; ¿cuál?
Además del motivo principal, ¿... tuvo alguna de las siguientes razones o motivos para no estudiar?	4. a. Falta de cupos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	4. a. Falta de cupos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	4. a. Falta de cupos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	4. a. Falta de cupos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	4. a. Falta de cupos. Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>

H. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

		1		2		3		4		5	
		Nivel	Años aprobados								
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y cuántos años aprobó en ese nivel?	5.	Ninguno.	<input type="checkbox"/> 1	Ninguno.	☐ 1	Ninguno.	☐ 1	Ninguno.	☐ 1	Ninguno.	☐ 1
		Preescolar.	<input type="checkbox"/> 2	Preescolar.	☐ 2	Preescolar.	☐ 2	Preescolar.	☐ 2	Preescolar.	☐ 2
		Básica primaria.	<input type="checkbox"/> 3	Básica primaria.	☐ 3	Básica primaria.	☐ 3	Básica primaria.	☐ 3	Básica primaria.	☐ 3
		Básica secundaria y media.	<input type="checkbox"/> 4	Básica secundaria y media.	<input type="checkbox"/> 4	Básica secundaria y media.	<input type="checkbox"/> 4	Básica secundaria y media.	<input type="checkbox"/> 4	Básica secundaria y media.	<input type="checkbox"/> 4
		Técnico.	<input type="checkbox"/> 5	Técnico.	☐ 5	Técnico.	☐ 5	Técnico.	☐ 5	Técnico.	☐ 5
		Tecnológico.	<input type="checkbox"/> 6	Tecnológico.	☐ 6	Tecnológico.	☐ 6	Tecnológico.	☐ 6	Tecnológico.	☐ 6
		Universitaria incompleta (sin título).	<input type="checkbox"/> 7	Universitaria incompleta (sin título).	<input type="checkbox"/> 7	Universitaria incompleta (sin título).	<input type="checkbox"/> 7	Universitaria incompleta (sin título).	<input type="checkbox"/> 7	Universitaria incompleta (sin título).	<input type="checkbox"/> 7
		Universitaria completa (con título).	<input type="checkbox"/> 8	Universitaria completa (con título).	<input type="checkbox"/> 8	Universitaria completa (con título).	<input type="checkbox"/> 8	Universitaria completa (con título).	<input type="checkbox"/> 8	Universitaria completa (con título).	<input type="checkbox"/> 8
		Posgrado incompleto (sin título).	<input type="checkbox"/> 9	Posgrado incompleto (sin título).	<input type="checkbox"/> 9	Posgrado incompleto (sin título).	<input type="checkbox"/> 9	Posgrado incompleto (sin título).	<input type="checkbox"/> 9	Posgrado incompleto (sin título).	<input type="checkbox"/> 9
		Posgrado completo (con título).	<input type="checkbox"/> 10	Posgrado completo (con título).	<input type="checkbox"/> 10	Posgrado completo (con título).	<input type="checkbox"/> 10	Posgrado completo (con título).	<input type="checkbox"/> 10	Posgrado completo (con título).	<input type="checkbox"/> 10
El establecimiento donde estudia ... es:	6.	1. <input type="checkbox"/> Oficial o distrital.	] Si tiene menos de 10 años, continúe; si tiene 10 años y más, pase a 8.	1. <input type="checkbox"/> Oficial o distrital.	] Si tiene menos de 10 años, continúe; si tiene 10 años y más, pase a 8.	1. <input type="checkbox"/> Oficial o distrital.	] Si tiene menos de 10 años, continúe; si tiene 10 años y más, pase a 8.	1. <input type="checkbox"/> Oficial o distrital.	] Si tiene menos de 10 años, continúe; si tiene 10 años y más, pase a 8.	1. <input type="checkbox"/> Oficial o distrital.	] Si tiene menos de 10 años, continúe; si tiene 10 años y más, pase a 8.
		2. <input type="checkbox"/> No oficial.		2. <input type="checkbox"/> No oficial.		2. <input type="checkbox"/> No oficial.		2. <input type="checkbox"/> No oficial.		2. <input type="checkbox"/> No oficial.	
En las horas en que no está estudiando, ¿al cuidado de quien está ... la mayor parte del tiempo durante la semana?	7.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	1. <input type="checkbox"/> La madre.	
		2. <input type="checkbox"/> El padre.	2. <input type="checkbox"/> El padre.	2. <input type="checkbox"/> El padre.	2. <input type="checkbox"/> El padre.	2. <input type="checkbox"/> El padre.	2. <input type="checkbox"/> El padre.	2. <input type="checkbox"/> El padre.	2. <input type="checkbox"/> El padre.	2. <input type="checkbox"/> El padre.	
		3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	3. <input type="checkbox"/> Ambos padres.	
		4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	4. <input type="checkbox"/> Un pariente de 18 años o más.	
		5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	5. <input type="checkbox"/> Empleada doméstica o niñera.	
		6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	6. <input type="checkbox"/> Vecinos o amigos.	
		7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	7. <input type="checkbox"/> Otra persona.	
		8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	8. <input type="checkbox"/> Permanece solo.	

Observaciones: _____

H. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5
¿En qué nivel está matriculado ... y qué grado o año cursa?	<p>Preescolar. Nivel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 15</p> <p>Básica primaria Nivel <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Básica secundaria y media Nivel <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Técnico. Nivel <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tecnológico. Nivel <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Universitario. Nivel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Posgrado. Nivel <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Preescolar. Nivel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 15</p> <p>Básica primaria Nivel <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Básica secundaria y media Nivel <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Técnico. Nivel <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tecnológico. Nivel <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Universitario. Nivel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Posgrado. Nivel <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Preescolar. Nivel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 15</p> <p>Básica primaria Nivel <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Básica secundaria y media Nivel <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Técnico. Nivel <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tecnológico. Nivel <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Universitario. Nivel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Posgrado. Nivel <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Preescolar. Nivel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 15</p> <p>Básica primaria Nivel <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Básica secundaria y media Nivel <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Técnico. Nivel <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tecnológico. Nivel <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Universitario. Nivel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Posgrado. Nivel <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Preescolar. Nivel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 15</p> <p>Básica primaria Nivel <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Básica secundaria y media Nivel <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pase a 11</p> <p>Técnico. Nivel <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tecnológico. Nivel <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Universitario. Nivel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Posgrado. Nivel <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
¿Además de los estudios que realiza actualmente, ... ha obtenido algún título o diploma de nivel técnico, tecnológico, universitario o de posgrado?	<p>9. 1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19.</p>
¿De qué nivel es el título o diploma más alto que ha obtenido ... ?	<p>10. 1. <input type="checkbox"/> Técnico.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tecnológico.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Universitario.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Especialización.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Maestría.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Doctorado.</p> <p>→ Pase a 19.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Técnico.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tecnológico.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Universitario.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Especialización.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Maestría.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Doctorado.</p> <p>→ Pase a 19.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Técnico.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tecnológico.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Universitario.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Especialización.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Maestría.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Doctorado.</p> <p>→ Pase a 19.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Técnico.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tecnológico.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Universitario.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Especialización.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Maestría.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Doctorado.</p> <p>→ Pase a 19.</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Técnico.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tecnológico.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Universitario.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Especialización.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Maestría.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Doctorado.</p> <p>→ Pase a 19.</p>
El establecimiento donde ... estudia está ubicado en:	<p>11. 1. <input type="checkbox"/> Bogotá.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Un municipio fuera de Bogotá. → Pase a 15.</p> <p>¿Cuál? <input type="text"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Bogotá.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Un municipio fuera de Bogotá. → Pase a 15.</p> <p>¿Cuál? <input type="text"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Bogotá.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Un municipio fuera de Bogotá. → Pase a 15.</p> <p>¿Cuál? <input type="text"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Bogotá.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Un municipio fuera de Bogotá. → Pase a 15.</p> <p>¿Cuál? <input type="text"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Bogotá.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Un municipio fuera de Bogotá. → Pase a 15.</p> <p>¿Cuál? <input type="text"/></p>
¿En qué localidad está ubicado?	12. Localidad: <input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/>
¿Cuál es el nombre del establecimiento?	13. Nombre: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>
¿Cuál es la jornada y el nombre de la sede?	<p>14. a. Jornada: 1. <input type="checkbox"/> Mañana.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tarde.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Noche.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Única (mañana y tarde).</p> <p>b. Sede: <input type="text"/></p>	<p>a. Jornada: 1. <input type="checkbox"/> Mañana.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tarde.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Noche.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Única (mañana y tarde).</p> <p>b. Sede: <input type="text"/></p>	<p>a. Jornada: 1. <input type="checkbox"/> Mañana.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tarde.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Noche.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Única (mañana y tarde).</p> <p>b. Sede: <input type="text"/></p>	<p>a. Jornada: 1. <input type="checkbox"/> Mañana.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tarde.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Noche.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Única (mañana y tarde).</p> <p>b. Sede: <input type="text"/></p>	<p>a. Jornada: 1. <input type="checkbox"/> Mañana.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tarde.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Noche.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Única (mañana y tarde).</p> <p>b. Sede: <input type="text"/></p>

H. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

		1		2		3		4		5	
		Lunes a viernes	Sábado a domingo	Lunes a viernes	Sábado a domingo	Lunes a viernes	Sábado a domingo	Lunes a viernes	Sábado a domingo	Lunes a viernes	Sábado a domingo
¿ Durante la SEMANA PASADA, cuántas horas dedicó ... a:	15.	a. Ver televisión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Ver televisión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Ver televisión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Ver televisión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Ver televisión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>
		b. Jugar videojuegos, chatear o navegar en internet por diversión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Jugar videojuegos, chatear o navegar en internet por diversión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Jugar videojuegos, chatear o navegar en internet por diversión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Jugar videojuegos, chatear o navegar en internet por diversión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Jugar videojuegos, chatear o navegar en internet por diversión?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>
		c. Dormir?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	c. Dormir?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	c. Dormir?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	c. Dormir?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>	c. Dormir?	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/>
¿ ... es beneficiario de alguno de los siguientes programas o subsidios?	16.	a. Matrícula subsidiada por Secretaría de Educación para escuelas o colegios en convenio.	Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Matrícula subsidiada por Secretaría de Educación para escuelas o colegios en convenio.	Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Matrícula subsidiada por Secretaría de Educación para escuelas o colegios en convenio.	Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Matrícula subsidiada por Secretaría de Educación para escuelas o colegios en convenio.	Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Matrícula subsidiada por Secretaría de Educación para escuelas o colegios en convenio.	Sí No 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		b. Subsidios educativos en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Subsidios educativos en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Subsidios educativos en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Subsidios educativos en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Subsidios educativos en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		c. Subsidio de transporte en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Subsidio de transporte en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Subsidio de transporte en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Subsidio de transporte en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Subsidio de transporte en dinero de la Secretaría de Educación Distrital.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		d. Subsidio educativo en dinero de Familias en Acción.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Subsidio educativo en dinero de Familias en Acción.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Subsidio educativo en dinero de Familias en Acción.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Subsidio educativo en dinero de Familias en Acción.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Subsidio educativo en dinero de Familias en Acción.	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
¿Este hogar paga por ... pensión en el establecimiento educativo?	17.	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí, → Valor mensual pagado \$ _____
		2. <input type="checkbox"/> No paga.	2. ☐ No paga.	2. ☐ No paga.	2. ☐ No paga.	2. ☐ No paga.	2. ☐ No paga.	2. ☐ No paga.	2. ☐ No paga.	2. ☐ No paga.	2. ☐ No paga.
¿Este hogar tiene que pagar por transporte escolar para ...?	18.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor mensual pagado \$ _____
		2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*	2. <input type="checkbox"/> No. Si tiene menos de 14 años, pase a pregunta 20; si tiene 14 años y más, continúe.*
Observaciones: _____											

H. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

		1	2	3	4	5				
Durante el presente año, ... ha visto que alguien haya sido discriminado, molestado, o que le hayan hecho sentir mal por algunas de las siguientes condiciones:	19.	Sí No a. Por su raza u origen étnico. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Por ser hombre o mujer. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Porque piensan que es gay, lesbiana o bisexual. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Por sus creencias religiosas. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Por su peso, tamaño o apariencia física. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Por sentirse identificado con algún grupo, tribu urbana o cultura como Metaleros, Emos, etc. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	Sí No a. Por su raza u origen étnico. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Por ser hombre o mujer. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Porque piensan que es gay, lesbiana o bisexual. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Por sus creencias religiosas. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Por su peso, tamaño o apariencia física. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Por sentirse identificado con algún grupo, tribu urbana o cultura como Metaleros, Emos, etc. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	Sí No a. Por su raza u origen étnico. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Por ser hombre o mujer. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Porque piensan que es gay, lesbiana o bisexual. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Por sus creencias religiosas. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Por su peso, tamaño o apariencia física. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Por sentirse identificado con algún grupo, tribu urbana o cultura como Metaleros, Emos, etc. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	Sí No a. Por su raza u origen étnico. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Por ser hombre o mujer. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Porque piensan que es gay, lesbiana o bisexual. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Por sus creencias religiosas. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Por su peso, tamaño o apariencia física. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Por sentirse identificado con algún grupo, tribu urbana o cultura como Metaleros, Emos, etc. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	Sí No a. Por su raza u origen étnico. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Por ser hombre o mujer. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> c. Porque piensan que es gay, lesbiana o bisexual. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Por sus creencias religiosas. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Por su peso, tamaño o apariencia física. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Por sentirse identificado con algún grupo, tribu urbana o cultura como Metaleros, Emos, etc. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>				
		En un trayecto normal a su sitio de estudio, ¿cuáles medios de transporte utiliza ... ?	20.	Sí No a. Transmilenio. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Bus, buseta o colectivo. 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? c. Automóvil de uso particular. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Taxi. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Motocicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Bicicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> g. Ruta escolar. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> h. A pie. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> i. Bus intermunicipal. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> j. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	Sí No a. Transmilenio. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Bus, buseta o colectivo. 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? c. Automóvil de uso particular. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Taxi. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Motocicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Bicicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> g. Ruta escolar. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> h. A pie. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> i. Bus intermunicipal. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> j. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	Sí No a. Transmilenio. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Bus, buseta o colectivo. 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? c. Automóvil de uso particular. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Taxi. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Motocicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Bicicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> g. Ruta escolar. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> h. A pie. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> i. Bus intermunicipal. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> j. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	Sí No a. Transmilenio. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Bus, buseta o colectivo. 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? c. Automóvil de uso particular. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Taxi. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Motocicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Bicicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> g. Ruta escolar. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> h. A pie. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> i. Bus intermunicipal. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> j. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	Sí No a. Transmilenio. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> b. Bus, buseta o colectivo. 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? c. Automóvil de uso particular. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> d. Taxi. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> e. Motocicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> f. Bicicleta. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> g. Ruta escolar. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> h. A pie. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> i. Bus intermunicipal. 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> j. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>		
				¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida a su sitio de estudio (incluya tiempo de espera del medio de transporte y el tiempo en todos los medios utilizados)?	21.	Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				¿Recibe ... en el establecimiento educativo, alimentos (desayunos, medias nueves, refrigerios, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?	22.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor pagado a la semana \$ _____ Valor estimado a la semana \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.

H. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5
Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó:	a. Matrícula para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó b. Libros, útiles escolares, uniformes y elementos de aseo para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó	a. Matrícula para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó b. Libros, útiles escolares, uniformes y elementos de aseo para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó	a. Matrícula para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó b. Libros, útiles escolares, uniformes y elementos de aseo para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó	a. Matrícula para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó b. Libros, útiles escolares, uniformes y elementos de aseo para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó	a. Matrícula para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó b. Libros, útiles escolares, uniformes y elementos de aseo para ...? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor pagado. \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No pagó
EI MES PASADO, ¿el hogar gastó en útiles (papel, lápices, cuadernos, etc.), material escolar o fotocopias para ... ?	24. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
EI MES PASADO, ¿el hogar realizó otros pagos como: rifas, bingos, salidas pedagógicas, etc. en el establecimiento educativo para ... (incluya eventos culturales, contribuciones para mantenimiento de equipos, sistematización de calificaciones, etc.)?	25. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
Durante ESTE AÑO escolar, ¿ ... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?	26. 1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 28	1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 28	1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 28	1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 28	1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 28

Observaciones: _____

H. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5
¿De quién(es) recibió la beca para estudiar?	27. 1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> h. De otra entidad privada.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> h. De otra entidad privada.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> h. De otra entidad privada.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> h. De otra entidad privada.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> h. De otra entidad privada.
Durante ESTE AÑO escolar, ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar? (no incluidos los subsidios condicionados ni matrícula subsidiada)	28. 1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 30	1. <input type="checkbox"/> a. Sí, en dinero. \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 1. <input type="checkbox"/> b. Sí, en especie. Valor estimado \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> c. No. → Pase a 30
¿De quién(es) recibió el subsidio para estudiar?	29. 1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> e. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De otra entidad privada.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> e. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De otra entidad privada.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> e. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De otra entidad privada.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> e. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De otra entidad privada.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del gobierno nacional o departamental. 1. <input type="checkbox"/> c. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> d. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> e. De la empresa pública donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa privada donde usted o un familiar trabajan. 1. <input type="checkbox"/> g. De otra entidad privada.

H. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (conclusión)

		1	2	3	4	5	
Durante ESTE AÑO escolar, ¿... ha recibido crédito educativo?	30.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 32	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 32	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 32	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 32	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____ 1. <input type="checkbox"/> Mensual. 2. <input type="checkbox"/> Bimestral. 3. <input type="checkbox"/> Semestral. 4. <input type="checkbox"/> Anual. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 32	
	¿De quién(es) recibió ... el crédito educativo?	31.	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> c. De un banco o corporación. 1. <input type="checkbox"/> d. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> h. De un familiar. 1. <input type="checkbox"/> i. De otra entidad; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> c. De un banco o corporación. 1. <input type="checkbox"/> d. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> h. De un familiar. 1. <input type="checkbox"/> i. De otra entidad; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> c. De un banco o corporación. 1. <input type="checkbox"/> d. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> h. De un familiar. 1. <input type="checkbox"/> i. De otra entidad; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> c. De un banco o corporación. 1. <input type="checkbox"/> d. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> h. De un familiar. 1. <input type="checkbox"/> i. De otra entidad; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> a. Del mismo establecimiento educativo. 1. <input type="checkbox"/> b. Del ICETEX. 1. <input type="checkbox"/> c. De un banco o corporación. 1. <input type="checkbox"/> d. Del gobierno distrital o municipal. 1. <input type="checkbox"/> e. De otra entidad pública. 1. <input type="checkbox"/> f. De la empresa pública donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> g. De la empresa privada donde trabaja usted o un familiar. 1. <input type="checkbox"/> h. De un familiar. 1. <input type="checkbox"/> i. De otra entidad; ¿cuál? _____
En su tiempo libre, ¿cuáles de las siguientes actividades realizó ... en los últimos 30 días?	32.	1. <input type="checkbox"/> a. Fue a la ciclovía. 1. <input type="checkbox"/> b. Asistió a eventos deportivos. 1. <input type="checkbox"/> c. Asistió a espectáculos de teatro, danza, música en vivo. 1. <input type="checkbox"/> d. Asistió a exposiciones de arte o museos. 1. <input type="checkbox"/> e. Asistió a bibliotecas. 1. <input type="checkbox"/> f. Fue a cine. 1. <input type="checkbox"/> g. Leyó libros. 1. <input type="checkbox"/> h. Fue a fiestas, discotecas. 1. <input type="checkbox"/> i. Salió a comer con amigos o familiares. 1. <input type="checkbox"/> j. Visitó parques recreativos, de diversión o centros interactivos (Maloka, etc.). 1. <input type="checkbox"/> k. Paseó o caminó. 2. <input type="checkbox"/> l. No realizó ninguna de las anteriores actividades.	1. <input type="checkbox"/> a. Fue a la ciclovía. 1. <input type="checkbox"/> b. Asistió a eventos deportivos. 1. <input type="checkbox"/> c. Asistió a espectáculos de teatro, danza, música en vivo. 1. <input type="checkbox"/> d. Asistió a exposiciones de arte o museos. 1. <input type="checkbox"/> e. Asistió a bibliotecas. 1. <input type="checkbox"/> f. Fue a cine. 1. <input type="checkbox"/> g. Leyó libros. 1. <input type="checkbox"/> h. Fue a fiestas, discotecas. 1. <input type="checkbox"/> i. Salió a comer con amigos o familiares. 1. <input type="checkbox"/> j. Visitó parques recreativos, de diversión o centros interactivos (Maloka, etc.). 1. <input type="checkbox"/> k. Paseó o caminó. 2. <input type="checkbox"/> l. No realizó ninguna de las anteriores actividades.	1. <input type="checkbox"/> a. Fue a la ciclovía. 1. <input type="checkbox"/> b. Asistió a eventos deportivos. 1. <input type="checkbox"/> c. Asistió a espectáculos de teatro, danza, música en vivo. 1. <input type="checkbox"/> d. Asistió a exposiciones de arte o museos. 1. <input type="checkbox"/> e. Asistió a bibliotecas. 1. <input type="checkbox"/> f. Fue a cine. 1. <input type="checkbox"/> g. Leyó libros. 1. <input type="checkbox"/> h. Fue a fiestas, discotecas. 1. <input type="checkbox"/> i. Salió a comer con amigos o familiares. 1. <input type="checkbox"/> j. Visitó parques recreativos, de diversión o centros interactivos (Maloka, etc.). 1. <input type="checkbox"/> k. Paseó o caminó. 2. <input type="checkbox"/> l. No realizó ninguna de las anteriores actividades.	1. <input type="checkbox"/> a. Fue a la ciclovía. 1. <input type="checkbox"/> b. Asistió a eventos deportivos. 1. <input type="checkbox"/> c. Asistió a espectáculos de teatro, danza, música en vivo. 1. <input type="checkbox"/> d. Asistió a exposiciones de arte o museos. 1. <input type="checkbox"/> e. Asistió a bibliotecas. 1. <input type="checkbox"/> f. Fue a cine. 1. <input type="checkbox"/> g. Leyó libros. 1. <input type="checkbox"/> h. Fue a fiestas, discotecas. 1. <input type="checkbox"/> i. Salió a comer con amigos o familiares. 1. <input type="checkbox"/> j. Visitó parques recreativos, de diversión o centros interactivos (Maloka, etc.). 1. <input type="checkbox"/> k. Paseó o caminó. 2. <input type="checkbox"/> l. No realizó ninguna de las anteriores actividades.	1. <input type="checkbox"/> a. Fue a la ciclovía. 1. <input type="checkbox"/> b. Asistió a eventos deportivos. 1. <input type="checkbox"/> c. Asistió a espectáculos de teatro, danza, música en vivo. 1. <input type="checkbox"/> d. Asistió a exposiciones de arte o museos. 1. <input type="checkbox"/> e. Asistió a bibliotecas. 1. <input type="checkbox"/> f. Fue a cine. 1. <input type="checkbox"/> g. Leyó libros. 1. <input type="checkbox"/> h. Fue a fiestas, discotecas. 1. <input type="checkbox"/> i. Salió a comer con amigos o familiares. 1. <input type="checkbox"/> j. Visitó parques recreativos, de diversión o centros interactivos (Maloka, etc.). 1. <input type="checkbox"/> k. Paseó o caminó. 2. <input type="checkbox"/> l. No realizó ninguna de las anteriores actividades.	1. <input type="checkbox"/> a. Fue a la ciclovía. 1. <input type="checkbox"/> b. Asistió a eventos deportivos. 1. <input type="checkbox"/> c. Asistió a espectáculos de teatro, danza, música en vivo. 1. <input type="checkbox"/> d. Asistió a exposiciones de arte o museos. 1. <input type="checkbox"/> e. Asistió a bibliotecas. 1. <input type="checkbox"/> f. Fue a cine. 1. <input type="checkbox"/> g. Leyó libros. 1. <input type="checkbox"/> h. Fue a fiestas, discotecas. 1. <input type="checkbox"/> i. Salió a comer con amigos o familiares. 1. <input type="checkbox"/> j. Visitó parques recreativos, de diversión o centros interactivos (Maloka, etc.). 1. <input type="checkbox"/> k. Paseó o caminó. 2. <input type="checkbox"/> l. No realizó ninguna de las anteriores actividades.

I. USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, TIC (para personas de 10 años y más)

		1	2	3	4	5																																																																																										
¿ ... tiene teléfono celular?	1.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Su servicio es: 1. <input type="checkbox"/> a. En prepago. 1. <input type="checkbox"/> b. En pospago. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Su servicio es: 1. <input type="checkbox"/> a. En prepago. 1. <input type="checkbox"/> b. En pospago. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Su servicio es: 1. <input type="checkbox"/> a. En prepago. 1. <input type="checkbox"/> b. En pospago. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Su servicio es: 1. <input type="checkbox"/> a. En prepago. 1. <input type="checkbox"/> b. En pospago. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Su servicio es: 1. <input type="checkbox"/> a. En prepago. 1. <input type="checkbox"/> b. En pospago. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 3																																																																																										
Además de recibir o hacer llamadas, ¿ ... utiliza su celular para:	2.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enviar o recibir mensajes de texto?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí No	a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enviar o recibir mensajes de texto?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí No	a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enviar o recibir mensajes de texto?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí No	a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enviar o recibir mensajes de texto?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí No	a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">Sí No</td> </tr> <tr> <td>a. Enviar o recibir mensajes de texto?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?</td> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí No	a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																												
	Sí No																																																																																															
a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
	Sí No																																																																																															
a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
	Sí No																																																																																															
a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
	Sí No																																																																																															
a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
	Sí No																																																																																															
a. Enviar o recibir mensajes de texto?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
b. Consultar correo electrónico o navegar por internet?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>																																																																																															
¿Cuánto pagó ... el MES PASADO por concepto de telefonía celular? (incluya pago por minutos en cabinas o en la calle)	3.	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____																																																																																										
¿ ... usa computador?	4.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7.																																																																																										
¿En cuáles de los siguientes sitios usa ... computador?	5.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> </tr> <tr> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> </tr> </table>			1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> </tr> <tr> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> </tr> </table>			1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> </tr> <tr> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> </tr> </table>			1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> </tr> <tr> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> </tr> </table>			1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.</td> </tr> <tr> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> <td>Valor mensual gastado: \$ _____</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> <td>1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.</td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> <td>1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____</td> </tr> </table>			1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____
1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.																																																																																															
Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.																																																																																															
Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.																																																																																															
Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.																																																																																															
Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.	1. <input type="checkbox"/> a. En el hogar.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.	1. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.	1. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.	1. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina.																																																																																															
Valor mensual gastado: \$ _____	Valor mensual gastado: \$ _____																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.	1. <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.	1. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital.																																																																																															
1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____																																																																																															
¿Para qué utiliza ... principalmente computador?	6.	1. <input type="checkbox"/> Para trabajar. 2. <input type="checkbox"/> Para estudiar. 3. <input type="checkbox"/> Para entretenimiento. 4. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Para trabajar. 2. <input type="checkbox"/> Para estudiar. 3. <input type="checkbox"/> Para entretenimiento. 4. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Para trabajar. 2. <input type="checkbox"/> Para estudiar. 3. <input type="checkbox"/> Para entretenimiento. 4. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Para trabajar. 2. <input type="checkbox"/> Para estudiar. 3. <input type="checkbox"/> Para entretenimiento. 4. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Para trabajar. 2. <input type="checkbox"/> Para estudiar. 3. <input type="checkbox"/> Para entretenimiento. 4. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____																																																																																										
¿ ... usa internet?	7.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 9. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 9. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 9. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 9. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 9. 2. <input type="checkbox"/> No.																																																																																										

Observaciones: _____

I. USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, TIC (para personas de 10 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5
¿Por qué motivo principal ... no usa internet?	8. <input type="checkbox"/> Porque no lo conoce o no sabe usarlo. <input type="checkbox"/> Por falta de interés o porque no lo necesita <input type="checkbox"/> Por costos. <input type="checkbox"/> Por problemas de conexión (acceso). <input type="checkbox"/> Por restricción de los padres o adultos. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	8. <input type="checkbox"/> Porque no lo conoce o no sabe usarlo. <input type="checkbox"/> Por falta de interés o porque no lo necesita <input type="checkbox"/> Por costos. <input type="checkbox"/> Por problemas de conexión (acceso). <input type="checkbox"/> Por restricción de los padres o adultos. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	8. <input type="checkbox"/> Porque no lo conoce o no sabe usarlo. <input type="checkbox"/> Por falta de interés o porque no lo necesita <input type="checkbox"/> Por costos. <input type="checkbox"/> Por problemas de conexión (acceso). <input type="checkbox"/> Por restricción de los padres o adultos. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	8. <input type="checkbox"/> Porque no lo conoce o no sabe usarlo. <input type="checkbox"/> Por falta de interés o porque no lo necesita <input type="checkbox"/> Por costos. <input type="checkbox"/> Por problemas de conexión (acceso). <input type="checkbox"/> Por restricción de los padres o adultos. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	8. <input type="checkbox"/> Porque no lo conoce o no sabe usarlo. <input type="checkbox"/> Por falta de interés o porque no lo necesita <input type="checkbox"/> Por costos. <input type="checkbox"/> Por problemas de conexión (acceso). <input type="checkbox"/> Por restricción de los padres o adultos. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____
¿Con qué frecuencia usa ... internet?	9. <input type="checkbox"/> Todos los días de la semana. <input type="checkbox"/> Algunos días a la semana. <input type="checkbox"/> Solo un día a la semana.	9. <input type="checkbox"/> Todos los días de la semana. <input type="checkbox"/> Algunos días a la semana. <input type="checkbox"/> Solo un día a la semana.	9. <input type="checkbox"/> Todos los días de la semana. <input type="checkbox"/> Algunos días a la semana. <input type="checkbox"/> Solo un día a la semana.	9. <input type="checkbox"/> Todos los días de la semana. <input type="checkbox"/> Algunos días a la semana. <input type="checkbox"/> Solo un día a la semana.	9. <input type="checkbox"/> Todos los días de la semana. <input type="checkbox"/> Algunos días a la semana. <input type="checkbox"/> Solo un día a la semana.
¿En cuáles de los siguientes sitios o lugares usa ... internet?	10. <input type="checkbox"/> a. En el hogar. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina. Valor mensual gastado: \$ _____ <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	10. <input type="checkbox"/> a. En el hogar. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina. Valor mensual gastado: \$ _____ <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	10. <input type="checkbox"/> a. En el hogar. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina. Valor mensual gastado: \$ _____ <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	10. <input type="checkbox"/> a. En el hogar. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina. Valor mensual gastado: \$ _____ <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____	10. <input type="checkbox"/> a. En el hogar. <input type="checkbox"/> b. En el trabajo. <input type="checkbox"/> c. En el establecimiento educativo. <input type="checkbox"/> d. En un café internet o cabina. Valor mensual gastado: \$ _____ <input type="checkbox"/> e. Donde un pariente o amigo. <input type="checkbox"/> f. En un aula comunitaria digital <input type="checkbox"/> g. En otro lugar; ¿cuál? _____

Observaciones: _____

I. USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, TIC (para personas de 10 años y más) (conclusión)

		1	2	3	4	5
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿ ... usa internet para:	11.	a. Realizar actividades relacionadas con el trabajo o buscar empleo? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Realizar actividades relacionadas con el trabajo o buscar empleo? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Realizar actividades relacionadas con el trabajo o buscar empleo? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Realizar actividades relacionadas con el trabajo o buscar empleo? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	a. Realizar actividades relacionadas con el trabajo o buscar empleo? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		b. Realizar actividades relacionadas con el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Realizar actividades relacionadas con el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Realizar actividades relacionadas con el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Realizar actividades relacionadas con el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	b. Realizar actividades relacionadas con el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		c. Consultar información no relacionada con el trabajo ni el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Consultar información no relacionada con el trabajo ni el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Consultar información no relacionada con el trabajo ni el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Consultar información no relacionada con el trabajo ni el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	c. Consultar información no relacionada con el trabajo ni el estudio? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		d. Tomar cursos virtuales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Tomar cursos virtuales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Tomar cursos virtuales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Tomar cursos virtuales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	d. Tomar cursos virtuales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		e. Realizar transacciones financieras o comerciales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Realizar transacciones financieras o comerciales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Realizar transacciones financieras o comerciales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Realizar transacciones financieras o comerciales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	e. Realizar transacciones financieras o comerciales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		f. Hacer diligencias relacionadas con entidades públicas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Hacer diligencias relacionadas con entidades públicas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Hacer diligencias relacionadas con entidades públicas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Hacer diligencias relacionadas con entidades públicas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	f. Hacer diligencias relacionadas con entidades públicas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		g. Hablar o chatear con otras personas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Hablar o chatear con otras personas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Hablar o chatear con otras personas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Hablar o chatear con otras personas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	g. Hablar o chatear con otras personas? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		h. Hacer uso del correo electrónico? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Hacer uso del correo electrónico? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Hacer uso del correo electrónico? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Hacer uso del correo electrónico? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	h. Hacer uso del correo electrónico? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		i. Enterarse de las noticias? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Enterarse de las noticias? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Enterarse de las noticias? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Enterarse de las noticias? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	i. Enterarse de las noticias? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		j. Redes sociales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	j. Redes sociales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	j. Redes sociales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	j. Redes sociales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	j. Redes sociales? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
		k. Entretenerse o divertirse (escuchar música, jugar, ver películas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	k. Entretenerse o divertirse (escuchar música, jugar, ver películas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	k. Entretenerse o divertirse (escuchar música, jugar, ver películas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	k. Entretenerse o divertirse (escuchar música, jugar, ver películas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	k. Entretenerse o divertirse (escuchar música, jugar, ver películas, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
	l. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	l. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	l. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	l. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	l. Otro; ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	
En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ ... ha comprado algún producto o servicio a través de internet?	12.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a capítulo J 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a capítulo J 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a capítulo J 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a capítulo J 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a capítulo J 2. <input type="checkbox"/> No.
¿Por qué motivo principal no realizó ... compras a través de internet?	13.	01. <input type="checkbox"/> Prefiere comprar personalmente. 02. <input type="checkbox"/> La red no tiene seguridad o privacidad. 03. <input type="checkbox"/> No tiene necesidad. 04. <input type="checkbox"/> Desconfía sobre la recepción y devolución de las compras. 05. <input type="checkbox"/> No tiene edad para hacer transacciones 06. <input type="checkbox"/> No le interesa. 07. <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo. 08. <input type="checkbox"/> No tiene tarjeta de crédito o débito. 09. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 99. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	01. <input type="checkbox"/> Prefiere comprar personalmente. 02. <input type="checkbox"/> La red no tiene seguridad o privacidad. 03. <input type="checkbox"/> No tiene necesidad. 04. <input type="checkbox"/> Desconfía sobre la recepción y devolución de las compras. 05. <input type="checkbox"/> No tiene edad para hacer transacciones 06. <input type="checkbox"/> No le interesa. 07. <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo. 08. <input type="checkbox"/> No tiene tarjeta de crédito o débito. 09. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 99. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	01. <input type="checkbox"/> Prefiere comprar personalmente. 02. <input type="checkbox"/> La red no tiene seguridad o privacidad. 03. <input type="checkbox"/> No tiene necesidad. 04. <input type="checkbox"/> Desconfía sobre la recepción y devolución de las compras. 05. <input type="checkbox"/> No tiene edad para hacer transacciones 06. <input type="checkbox"/> No le interesa. 07. <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo. 08. <input type="checkbox"/> No tiene tarjeta de crédito o débito. 09. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 99. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	01. <input type="checkbox"/> Prefiere comprar personalmente. 02. <input type="checkbox"/> La red no tiene seguridad o privacidad. 03. <input type="checkbox"/> No tiene necesidad. 04. <input type="checkbox"/> Desconfía sobre la recepción y devolución de las compras. 05. <input type="checkbox"/> No tiene edad para hacer transacciones 06. <input type="checkbox"/> No le interesa. 07. <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo. 08. <input type="checkbox"/> No tiene tarjeta de crédito o débito. 09. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 99. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	01. <input type="checkbox"/> Prefiere comprar personalmente. 02. <input type="checkbox"/> La red no tiene seguridad o privacidad. 03. <input type="checkbox"/> No tiene necesidad. 04. <input type="checkbox"/> Desconfía sobre la recepción y devolución de las compras. 05. <input type="checkbox"/> No tiene edad para hacer transacciones 06. <input type="checkbox"/> No le interesa. 07. <input type="checkbox"/> No sabe cómo hacerlo. 08. <input type="checkbox"/> No tiene tarjeta de crédito o débito. 09. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 99. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.

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

	1	2	3	4	5
De las siguientes organizaciones, ¿a cuál(es) pertenece ... ?	1. <input type="checkbox"/> a. Organización religiosa, fe o grupo de oración. 1. <input type="checkbox"/> b. Organización artística, musical voluntaria, deportiva, social o de recreación. 1. <input type="checkbox"/> c. Asociación de padres de familia, ex alumnos, etc. 1. <input type="checkbox"/> d. Cooperativa o asociación de productores o comerciantes 1. <input type="checkbox"/> e. Organización voluntaria ambientalista, de atención en salud o de caridad. 1. <input type="checkbox"/> f. Grupo o partido político 1. <input type="checkbox"/> g. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia. 1. <input type="checkbox"/> h. Asociación profesional cámara, gremio o sindicato 1. <input type="checkbox"/> i. Grupo de juventud o tribus o subculturas urbanas (Emos, metaleros, hoppers, floggers, etc.). 1. <input type="checkbox"/> j. Entidad étnica (autoridad indígena grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, rom) 1. <input type="checkbox"/> k. Grupos de Adulto Mayor. 2. <input type="checkbox"/> l. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> a. Organización religiosa, fe o grupo de oración. 1. <input type="checkbox"/> b. Organización artística, musical voluntaria, deportiva, social o de recreación. 1. <input type="checkbox"/> c. Asociación de padres de familia, ex alumnos, etc. 1. <input type="checkbox"/> d. Cooperativa o asociación de productores o comerciantes 1. <input type="checkbox"/> e. Organización voluntaria ambientalista, de atención en salud o de caridad. 1. <input type="checkbox"/> f. Grupo o partido político 1. <input type="checkbox"/> g. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia. 1. <input type="checkbox"/> h. Asociación profesional cámara, gremio o sindicato 1. <input type="checkbox"/> i. Grupo de juventud o tribus o subculturas urbanas (Emos, metaleros, hoppers, floggers, etc.). 1. <input type="checkbox"/> j. Entidad étnica (autoridad indígena grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, rom) 1. <input type="checkbox"/> k. Grupos de Adulto Mayor. 2. <input type="checkbox"/> l. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> a. Organización religiosa, fe o grupo de oración. 1. <input type="checkbox"/> b. Organización artística, musical voluntaria, deportiva, social o de recreación. 1. <input type="checkbox"/> c. Asociación de padres de familia, ex alumnos, etc. 1. <input type="checkbox"/> d. Cooperativa o asociación de productores o comerciantes 1. <input type="checkbox"/> e. Organización voluntaria ambientalista, de atención en salud o de caridad. 1. <input type="checkbox"/> f. Grupo o partido político 1. <input type="checkbox"/> g. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia. 1. <input type="checkbox"/> h. Asociación profesional cámara, gremio o sindicato 1. <input type="checkbox"/> i. Grupo de juventud o tribus o subculturas urbanas (Emos, metaleros, hoppers, floggers, etc.). 1. <input type="checkbox"/> j. Entidad étnica (autoridad indígena grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, rom) 1. <input type="checkbox"/> k. Grupos de Adulto Mayor. 2. <input type="checkbox"/> l. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> a. Organización religiosa, fe o grupo de oración. 1. <input type="checkbox"/> b. Organización artística, musical voluntaria, deportiva, social o de recreación. 1. <input type="checkbox"/> c. Asociación de padres de familia, ex alumnos, etc. 1. <input type="checkbox"/> d. Cooperativa o asociación de productores o comerciantes 1. <input type="checkbox"/> e. Organización voluntaria ambientalista, de atención en salud o de caridad. 1. <input type="checkbox"/> f. Grupo o partido político 1. <input type="checkbox"/> g. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia. 1. <input type="checkbox"/> h. Asociación profesional cámara, gremio o sindicato 1. <input type="checkbox"/> i. Grupo de juventud o tribus o subculturas urbanas (Emos, metaleros, hoppers, floggers, etc.). 1. <input type="checkbox"/> j. Entidad étnica (autoridad indígena grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, rom) 1. <input type="checkbox"/> k. Grupos de Adulto Mayor. 2. <input type="checkbox"/> l. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> a. Organización religiosa, fe o grupo de oración. 1. <input type="checkbox"/> b. Organización artística, musical voluntaria, deportiva, social o de recreación. 1. <input type="checkbox"/> c. Asociación de padres de familia, ex alumnos, etc. 1. <input type="checkbox"/> d. Cooperativa o asociación de productores o comerciantes 1. <input type="checkbox"/> e. Organización voluntaria ambientalista, de atención en salud o de caridad. 1. <input type="checkbox"/> f. Grupo o partido político 1. <input type="checkbox"/> g. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia. 1. <input type="checkbox"/> h. Asociación profesional cámara, gremio o sindicato 1. <input type="checkbox"/> i. Grupo de juventud o tribus o subculturas urbanas (Emos, metaleros, hoppers, floggers, etc.). 1. <input type="checkbox"/> j. Entidad étnica (autoridad indígena grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, rom) 1. <input type="checkbox"/> k. Grupos de Adulto Mayor. 2. <input type="checkbox"/> l. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones → Pase a 7
En el último año, ¿... ha participado en reuniones o ha tenido contacto con dicha(s) organización(es)?	2. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 8.	2. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 8.	2. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 8.	2. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 8.	2. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 8.
Dentro de la organización a la que más tiempo le dedica, ¿... es un líder, promotor o tomador de decisiones?	3. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	3. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	3. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	3. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	3. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.
¿Cuántas horas a la semana dedica normalmente ... para participar en esa organización?	4. Horas: <input type="text"/> <input type="text"/>				

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

		1	2	3	4	5
Esa organización es de carácter:	5.	1. <input type="checkbox"/> Local o regional. 2. <input type="checkbox"/> Nacional. 3. <input type="checkbox"/> Internacional. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	1. <input type="checkbox"/> Local o regional. 2. <input type="checkbox"/> Nacional. 3. <input type="checkbox"/> Internacional. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	1. <input type="checkbox"/> Local o regional. 2. <input type="checkbox"/> Nacional. 3. <input type="checkbox"/> Internacional. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	1. <input type="checkbox"/> Local o regional. 2. <input type="checkbox"/> Nacional. 3. <input type="checkbox"/> Internacional. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	1. <input type="checkbox"/> Local o regional. 2. <input type="checkbox"/> Nacional. 3. <input type="checkbox"/> Internacional. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.
¿Cuántos miembros tiene esa organización?	6.	1. <input type="checkbox"/> Menos de 5 miembros. 2. <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 20 miembros. 3. <input type="checkbox"/> Entre 20 y menos de 50 miembros. 4. <input type="checkbox"/> 50 miembros o más. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde. } Pase a 8	1. <input type="checkbox"/> Menos de 5 miembros. 2. <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 20 miembros. 3. <input type="checkbox"/> Entre 20 y menos de 50 miembros. 4. <input type="checkbox"/> 50 miembros o más. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde. } Pase a 8	1. <input type="checkbox"/> Menos de 5 miembros. 2. <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 20 miembros. 3. <input type="checkbox"/> Entre 20 y menos de 50 miembros. 4. <input type="checkbox"/> 50 miembros o más. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde. } Pase a 8	1. <input type="checkbox"/> Menos de 5 miembros. 2. <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 20 miembros. 3. <input type="checkbox"/> Entre 20 y menos de 50 miembros. 4. <input type="checkbox"/> 50 miembros o más. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde. } Pase a 8	1. <input type="checkbox"/> Menos de 5 miembros. 2. <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 20 miembros. 3. <input type="checkbox"/> Entre 20 y menos de 50 miembros. 4. <input type="checkbox"/> 50 miembros o más. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde. } Pase a 8
¿Por qué razón principal no pertenece a alguna organización?	7.	1. <input type="checkbox"/> Porque no tiene confianza. 2. <input type="checkbox"/> Porque no conoce líderes. 3. <input type="checkbox"/> Porque no conoce organizaciones. 4. <input type="checkbox"/> Porque es costoso participar. 5. <input type="checkbox"/> Porque no le interesa. 6. <input type="checkbox"/> Porque no lo(a) han invitado. 7. <input type="checkbox"/> Por falta de tiempo. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	1. <input type="checkbox"/> Porque no tiene confianza. 2. <input type="checkbox"/> Porque no conoce líderes. 3. <input type="checkbox"/> Porque no conoce organizaciones. 4. <input type="checkbox"/> Porque es costoso participar. 5. <input type="checkbox"/> Porque no le interesa. 6. <input type="checkbox"/> Porque no lo(a) han invitado. 7. <input type="checkbox"/> Por falta de tiempo. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	1. <input type="checkbox"/> Porque no tiene confianza. 2. <input type="checkbox"/> Porque no conoce líderes. 3. <input type="checkbox"/> Porque no conoce organizaciones. 4. <input type="checkbox"/> Porque es costoso participar. 5. <input type="checkbox"/> Porque no le interesa. 6. <input type="checkbox"/> Porque no lo(a) han invitado. 7. <input type="checkbox"/> Por falta de tiempo. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	1. <input type="checkbox"/> Porque no tiene confianza. 2. <input type="checkbox"/> Porque no conoce líderes. 3. <input type="checkbox"/> Porque no conoce organizaciones. 4. <input type="checkbox"/> Porque es costoso participar. 5. <input type="checkbox"/> Porque no le interesa. 6. <input type="checkbox"/> Porque no lo(a) han invitado. 7. <input type="checkbox"/> Por falta de tiempo. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.	1. <input type="checkbox"/> Porque no tiene confianza. 2. <input type="checkbox"/> Porque no conoce líderes. 3. <input type="checkbox"/> Porque no conoce organizaciones. 4. <input type="checkbox"/> Porque es costoso participar. 5. <input type="checkbox"/> Porque no le interesa. 6. <input type="checkbox"/> Porque no lo(a) han invitado. 7. <input type="checkbox"/> Por falta de tiempo. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no responde.
¿Quién ayuda a ... cuando tiene problemas personales?	8.	1. <input type="checkbox"/> a. Alguien del hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> d. Compadres. 1. <input type="checkbox"/> e. Un profesional especializado (psicólogo). 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> h. La iglesia. 2. <input type="checkbox"/> i. No tiene problemas personales. 3. <input type="checkbox"/> j. Nadie lo ayuda.	1. <input type="checkbox"/> a. Alguien del hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> d. Compadres. 1. <input type="checkbox"/> e. Un profesional especializado (psicólogo). 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> h. La iglesia. 2. <input type="checkbox"/> i. No tiene problemas personales. 3. <input type="checkbox"/> j. Nadie lo ayuda.	1. <input type="checkbox"/> a. Alguien del hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> d. Compadres. 1. <input type="checkbox"/> e. Un profesional especializado (psicólogo). 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> h. La iglesia. 2. <input type="checkbox"/> i. No tiene problemas personales. 3. <input type="checkbox"/> j. Nadie lo ayuda.	1. <input type="checkbox"/> a. Alguien del hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> d. Compadres. 1. <input type="checkbox"/> e. Un profesional especializado (psicólogo). 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> h. La iglesia. 2. <input type="checkbox"/> i. No tiene problemas personales. 3. <input type="checkbox"/> j. Nadie lo ayuda.	1. <input type="checkbox"/> a. Alguien del hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> c. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> d. Compadres. 1. <input type="checkbox"/> e. Un profesional especializado (psicólogo). 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> h. La iglesia. 2. <input type="checkbox"/> i. No tiene problemas personales. 3. <input type="checkbox"/> j. Nadie lo ayuda.
Observaciones: _____						

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

	1	2	3	4	5
¿A quién recurre ... cuando tiene problemas económicos?	9. 1. <input type="checkbox"/> a. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> c. Personas del hogar. 1. <input type="checkbox"/> d. Banco, cooperativa de ahorro. 1. <input type="checkbox"/> e. La iglesia. 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Compraventa, prestamista. 1. <input type="checkbox"/> h. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> i. Otro; ¿cuál? _____ 2. <input type="checkbox"/> j. No tiene problemas económicos. 3. <input type="checkbox"/> k. No tiene a quién recurrir.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> c. Personas del hogar. 1. <input type="checkbox"/> d. Banco, cooperativa de ahorro. 1. <input type="checkbox"/> e. La iglesia. 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Compraventa, prestamista. 1. <input type="checkbox"/> h. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> i. Otro; ¿cuál? _____ 2. <input type="checkbox"/> j. No tiene problemas económicos. 3. <input type="checkbox"/> k. No tiene a quién recurrir.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> c. Personas del hogar. 1. <input type="checkbox"/> d. Banco, cooperativa de ahorro. 1. <input type="checkbox"/> e. La iglesia. 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Compraventa, prestamista. 1. <input type="checkbox"/> h. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> i. Otro; ¿cuál? _____ 2. <input type="checkbox"/> j. No tiene problemas económicos. 3. <input type="checkbox"/> k. No tiene a quién recurrir.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> c. Personas del hogar. 1. <input type="checkbox"/> d. Banco, cooperativa de ahorro. 1. <input type="checkbox"/> e. La iglesia. 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Compraventa, prestamista. 1. <input type="checkbox"/> h. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> i. Otro; ¿cuál? _____ 2. <input type="checkbox"/> j. No tiene problemas económicos. 3. <input type="checkbox"/> k. No tiene a quién recurrir.	1. <input type="checkbox"/> a. Familiares de otro hogar. 1. <input type="checkbox"/> b. Vecinos o amigos. 1. <input type="checkbox"/> c. Personas del hogar. 1. <input type="checkbox"/> d. Banco, cooperativa de ahorro. 1. <input type="checkbox"/> e. La iglesia. 1. <input type="checkbox"/> f. Compañeros de trabajo. 1. <input type="checkbox"/> g. Compraventa, prestamista. 1. <input type="checkbox"/> h. Entidad de caridad. 1. <input type="checkbox"/> i. Otro; ¿cuál? _____ 2. <input type="checkbox"/> j. No tiene problemas económicos. 3. <input type="checkbox"/> k. No tiene a quién recurrir.

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

	1	2	3	4	5
¿En qué actividad ocupó ... la mayor parte del tiempo la semana pasada?	1. <input type="checkbox"/> Trabajando. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Buscando trabajo. 3. <input type="checkbox"/> Estudiando. 4. <input type="checkbox"/> Oficios del hogar. 5. <input type="checkbox"/> Incapacitado permanente para trabajar. → Pase a 47 6. <input type="checkbox"/> Otra actividad; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Trabajando. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Buscando trabajo. 3. <input type="checkbox"/> Estudiando. 4. <input type="checkbox"/> Oficios del hogar. 5. <input type="checkbox"/> Incapacitado permanente para trabajar. → Pase a 47 6. <input type="checkbox"/> Otra actividad; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Trabajando. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Buscando trabajo. 3. <input type="checkbox"/> Estudiando. 4. <input type="checkbox"/> Oficios del hogar. 5. <input type="checkbox"/> Incapacitado permanente para trabajar. → Pase a 47 6. <input type="checkbox"/> Otra actividad; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Trabajando. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Buscando trabajo. 3. <input type="checkbox"/> Estudiando. 4. <input type="checkbox"/> Oficios del hogar. 5. <input type="checkbox"/> Incapacitado permanente para trabajar. → Pase a 47 6. <input type="checkbox"/> Otra actividad; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Trabajando. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> Buscando trabajo. 3. <input type="checkbox"/> Estudiando. 4. <input type="checkbox"/> Oficios del hogar. 5. <input type="checkbox"/> Incapacitado permanente para trabajar. → Pase a 47 6. <input type="checkbox"/> Otra actividad; ¿cuál? _____
Además de lo anterior, ¿ ... realizó la SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	2. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.
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?	3. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.
¿ ... trabajó la semana pasada en un negocio por UNA HORA O MÁS, sin que le pagaran?	4. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 15 2. <input type="checkbox"/> No.
En las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, ¿ ... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?	5. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 7

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5
¿Cuál es el motivo principal por el que no desea trabajar ni montar un negocio?	01. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 04. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. → Pase a 10 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo. 12. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños, familiares ancianos, enfermos o discapacitados. → Pase a 47 13. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. 14. <input type="checkbox"/> No lo necesita. 15. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____ → Pase a 10	01. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 04. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. → Pase a 10 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo. 12. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños, familiares ancianos, enfermos o discapacitados. → Pase a 47 13. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. 14. <input type="checkbox"/> No lo necesita. 15. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____ → Pase a 10	01. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 04. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. → Pase a 10 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo. 12. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños, familiares ancianos, enfermos o discapacitados. → Pase a 47 13. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. 14. <input type="checkbox"/> No lo necesita. 15. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____ → Pase a 10	01. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 04. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. → Pase a 10 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo. 12. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños, familiares ancianos, enfermos o discapacitados. → Pase a 47 13. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. 14. <input type="checkbox"/> No lo necesita. 15. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____ → Pase a 10	01. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 04. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. → Pase a 10 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo. 12. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños, familiares ancianos, enfermos o discapacitados. → Pase a 47 13. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. 14. <input type="checkbox"/> No lo necesita. 15. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____ → Pase a 10

Observaciones: _____

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

		1	2	3	4	5
<p>Aunque ... desea trabajar, ¿por qué motivo principal no hizo diligencias para buscar un trabajo o instalar un negocio, en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS?</p>	9.	01. <input type="checkbox"/> Ya encontró trabajo. → Pase a 14 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> Está esperando que lo llamen. 04. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 12. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 13. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños(as), familiares ancianos, enfermos o discapacitados. 14. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo 15. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. → Pase a 47 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 18. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Ya encontró trabajo. → Pase a 14 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> Está esperando que lo llamen. 04. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 12. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 13. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños(as), familiares ancianos, enfermos o discapacitados. 14. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo 15. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. → Pase a 47 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 18. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Ya encontró trabajo. → Pase a 14 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> Está esperando que lo llamen. 04. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 12. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 13. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños(as), familiares ancianos, enfermos o discapacitados. 14. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo 15. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. → Pase a 47 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 18. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Ya encontró trabajo. → Pase a 14 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> Está esperando que lo llamen. 04. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 12. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 13. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños(as), familiares ancianos, enfermos o discapacitados. 14. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo 15. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. → Pase a 47 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 18. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál?	01. <input type="checkbox"/> Ya encontró trabajo. → Pase a 14 02. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región. 03. <input type="checkbox"/> Está esperando que lo llamen. 04. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo. 05. <input type="checkbox"/> Está cansado de buscar. 06. <input type="checkbox"/> No encuentra trabajo en su oficio o profesión. 07. <input type="checkbox"/> Está esperando la temporada alta. 08. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria. 09. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio. 10. <input type="checkbox"/> Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo. 11. <input type="checkbox"/> Alguien de su familia no lo(a) deja. 12. <input type="checkbox"/> Está embarazada. 13. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide los hijos(as) pequeños(as), familiares ancianos, enfermos o discapacitados. 14. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo 15. <input type="checkbox"/> Otras responsabilidades familiares. → Pase a 47 16. <input type="checkbox"/> Problemas de salud. 17. <input type="checkbox"/> Está estudiando. 18. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál?
<p>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (últimas 52 semanas), ¿... trabajó por lo menos dos semanas consecutivas?</p>	10.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 12	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 12	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 12	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 12	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 12
<p>Después de su último empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p>	11.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 13 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 13 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 13 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 13 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Pase a 13 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47
<p>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (últimas 52 semanas), ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p>	12.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47
<p>¿Cuántos meses hace que ... dejó de buscar trabajo por última vez? (sólo acepte de 01 a 12)</p>	13.	Número de meses <input style="width: 20px;" type="text"/>				

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

		1	2	3	4	5
Si le hubiera resultado algún trabajo a ..., ¿estaba disponible la semana pasada para empezar a trabajar?	14.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 47
K1. OCUPADOS (quienes respondieron alternativa 1 en las preguntas K1, K2, K3 o K4)						
¿Qué hace ... en este trabajo?	15.	_____ □□	_____ □□	_____ □□	_____ □□	_____ □□
¿En su trabajo, ... dirige, supervisa o coordina a otros trabajadores?	16.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 19
¿A cuántas personas dirige, supervisa o coordina en su trabajo ... ?	17.	1. <input type="checkbox"/> De 1 a 4 personas. 2. <input type="checkbox"/> De 5 a 9 personas. 3. <input type="checkbox"/> 10 y más.	1. <input type="checkbox"/> De 1 a 4 personas. 2. <input type="checkbox"/> De 5 a 9 personas. 3. <input type="checkbox"/> 10 y más.	1. <input type="checkbox"/> De 1 a 4 personas. 2. <input type="checkbox"/> De 5 a 9 personas. 3. <input type="checkbox"/> 10 y más.	1. <input type="checkbox"/> De 1 a 4 personas. 2. <input type="checkbox"/> De 5 a 9 personas. 3. <input type="checkbox"/> 10 y más.	1. <input type="checkbox"/> De 1 a 4 personas. 2. <input type="checkbox"/> De 5 a 9 personas. 3. <input type="checkbox"/> 10 y más.
¿Alguno o algunos de los subordinados o dependientes que tiene ... en su trabajo son, a su vez, responsables de otras personas?	18.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.
¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja ... ?	19.	_____	_____	_____	_____	_____
¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que ... realiza su trabajo?	20.	_____ □□□□	_____ □□□□	_____ □□□□	_____ □□□□	_____ □□□□
¿Para realizar este trabajo tiene ... algún tipo de contrato?	21.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 26
¿El contrato es verbal o escrito?	22.	1. <input type="checkbox"/> Verbal. 2. <input type="checkbox"/> Escrito. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 24	1. <input type="checkbox"/> Verbal. 2. <input type="checkbox"/> Escrito. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 24	1. <input type="checkbox"/> Verbal. 2. <input type="checkbox"/> Escrito. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 24	1. <input type="checkbox"/> Verbal. 2. <input type="checkbox"/> Escrito. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 24	1. <input type="checkbox"/> Verbal. 2. <input type="checkbox"/> Escrito. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 24
¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?	23.	1. <input type="checkbox"/> A término indefinido. 2. <input type="checkbox"/> A término fijo. → Número de meses. □□ 3. <input type="checkbox"/> Prestación de servicios. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa.	1. <input type="checkbox"/> A término indefinido. 2. <input type="checkbox"/> A término fijo. → Número de meses. □□ 3. <input type="checkbox"/> Prestación de servicios. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa.	1. <input type="checkbox"/> A término indefinido. 2. <input type="checkbox"/> A término fijo. → Número de meses. □□ 3. <input type="checkbox"/> Prestación de servicios. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa.	1. <input type="checkbox"/> A término indefinido. 2. <input type="checkbox"/> A término fijo. → Número de meses. □□ 3. <input type="checkbox"/> Prestación de servicios. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa.	1. <input type="checkbox"/> A término indefinido. 2. <input type="checkbox"/> A término fijo. → Número de meses. □□ 3. <input type="checkbox"/> Prestación de servicios. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa.
La empresa o persona que contrató a ... ¿es la misma empresa donde trabaja o presta sus servicios?	24.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 26	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 9. <input type="checkbox"/> No sabe/no informa. → Pase a 26

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5
La empresa que contrató a ... es:	25. 1. <input type="checkbox"/> Una empresa de servicios temporales. 2. <input type="checkbox"/> Una cooperativa de trabajo asociado. 3. <input type="checkbox"/> Una empresa asociativa de trabajo. 4. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Una empresa de servicios temporales. 2. <input type="checkbox"/> Una cooperativa de trabajo asociado. 3. <input type="checkbox"/> Una empresa asociativa de trabajo. 4. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Una empresa de servicios temporales. 2. <input type="checkbox"/> Una cooperativa de trabajo asociado. 3. <input type="checkbox"/> Una empresa asociativa de trabajo. 4. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Una empresa de servicios temporales. 2. <input type="checkbox"/> Una cooperativa de trabajo asociado. 3. <input type="checkbox"/> Una empresa asociativa de trabajo. 4. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Una empresa de servicios temporales. 2. <input type="checkbox"/> Una cooperativa de trabajo asociado. 3. <input type="checkbox"/> Una empresa asociativa de trabajo. 4. <input type="checkbox"/> Otra; ¿cuál? _____
¿Cuánto tiempo lleva ... trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua (si es menor a un año escriba 00 en número de años, si es menor a un mes escriba 00 en número de meses y en número de años)	26. a. Número de años: <input type="text"/> <input type="text"/> b. Número de meses: <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Número de años: <input type="text"/> <input type="text"/> b. Número de meses: <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Número de años: <input type="text"/> <input type="text"/> b. Número de meses: <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Número de años: <input type="text"/> <input type="text"/> b. Número de meses: <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Número de años: <input type="text"/> <input type="text"/> b. Número de meses: <input type="text"/> <input type="text"/>
¿... está afiliado por una empresa o individualmente a una Aseguradora de Riesgos Profesionales –ARP– (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?	27. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.	1. ☐ Sí. 2. ☐ No.
En este trabajo ... es:	28. 01. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado de empresa particular. 02. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno. 03. <input type="checkbox"/> Empleado doméstico. 04. <input type="checkbox"/> Profesional independiente. 05. <input type="checkbox"/> Trabajador independiente o por cuenta propia. → Pase a 40 06. <input type="checkbox"/> Patrón o empleador. 07. <input type="checkbox"/> Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería. → Pase a 40 08. <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración. 09. <input type="checkbox"/> Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.). → Pase a 43 10. <input type="checkbox"/> Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares. 11. <input type="checkbox"/> Jornalero o peón.	01. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado de empresa particular. 02. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno. 03. <input type="checkbox"/> Empleado doméstico. 04. <input type="checkbox"/> Profesional independiente. 05. <input type="checkbox"/> Trabajador independiente o por cuenta propia. → Pase a 40 06. <input type="checkbox"/> Patrón o empleador. 07. <input type="checkbox"/> Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería. → Pase a 40 08. <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración. 09. <input type="checkbox"/> Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.). → Pase a 43 10. <input type="checkbox"/> Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares. 11. <input type="checkbox"/> Jornalero o peón.	01. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado de empresa particular. 02. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno. 03. <input type="checkbox"/> Empleado doméstico. 04. <input type="checkbox"/> Profesional independiente. 05. <input type="checkbox"/> Trabajador independiente o por cuenta propia. → Pase a 40 06. <input type="checkbox"/> Patrón o empleador. 07. <input type="checkbox"/> Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería. → Pase a 40 08. <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración. 09. <input type="checkbox"/> Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.). → Pase a 43 10. <input type="checkbox"/> Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares. 11. <input type="checkbox"/> Jornalero o peón.	01. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado de empresa particular. 02. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno. 03. <input type="checkbox"/> Empleado doméstico. 04. <input type="checkbox"/> Profesional independiente. 05. <input type="checkbox"/> Trabajador independiente o por cuenta propia. → Pase a 40 06. <input type="checkbox"/> Patrón o empleador. 07. <input type="checkbox"/> Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería. → Pase a 40 08. <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración. 09. <input type="checkbox"/> Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.). → Pase a 43 10. <input type="checkbox"/> Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares. 11. <input type="checkbox"/> Jornalero o peón.	01. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado de empresa particular. 02. <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno. 03. <input type="checkbox"/> Empleado doméstico. 04. <input type="checkbox"/> Profesional independiente. 05. <input type="checkbox"/> Trabajador independiente o por cuenta propia. → Pase a 40 06. <input type="checkbox"/> Patrón o empleador. 07. <input type="checkbox"/> Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería. → Pase a 40 08. <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración. 09. <input type="checkbox"/> Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.). → Pase a 43 10. <input type="checkbox"/> Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares. 11. <input type="checkbox"/> Jornalero o peón.

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5	
K1.1. ASALARIADOS (quienes respondieron alternativas 1, 2, 3 u 11 en la pregunta K28)						
¿Por qué medio principal, ... consiguió su empleo o trabajo actual?	29. 1. <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas. 2. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores. 3. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios. 4. <input type="checkbox"/> Puso o consultó avisos clasificados. 5. <input type="checkbox"/> Por convocatorias. 6. <input type="checkbox"/> Por el servicio público de empleo del SENA. 7. <input type="checkbox"/> A través de internet.	1. <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas. 2. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores. 3. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios. 4. <input type="checkbox"/> Puso o consultó avisos clasificados. 5. <input type="checkbox"/> Por convocatorias. 6. <input type="checkbox"/> Por el servicio público de empleo del SENA. 7. <input type="checkbox"/> A través de páginas de internet.	1. <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas. 2. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores. 3. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios. 4. <input type="checkbox"/> Puso o consultó avisos clasificados. 5. <input type="checkbox"/> Por convocatorias. 6. <input type="checkbox"/> Por el servicio público de empleo del SENA. 7. <input type="checkbox"/> A través de páginas de internet.	1. <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas. 2. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores. 3. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios. 4. <input type="checkbox"/> Puso o consultó avisos clasificados. 5. <input type="checkbox"/> Por convocatorias. 6. <input type="checkbox"/> Por el servicio público de empleo del SENA. 7. <input type="checkbox"/> A través de páginas de internet.	1. <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas. 2. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores. 3. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios. 4. <input type="checkbox"/> Puso o consultó avisos clasificados. 5. <input type="checkbox"/> Por convocatorias. 6. <input type="checkbox"/> Por el servicio público de empleo del SENA. 7. <input type="checkbox"/> A través de páginas de internet.	
Antes de descuentos (salud, ARP, pensión, retención), ¿cuánto ganó El MES PASADO en este empleo (incluya propinas y comisiones y excluya viáticos y pagos en especie)?	30. Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	
Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO ... recibió:	31. Alimentos como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. No.	Alimentos como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. No.	Alimentos como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. No.	Alimentos como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. No.	Alimentos como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. No.	
	32. Vivienda como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Vivienda como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Vivienda como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Vivienda como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Vivienda como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Vivienda como parte de pago por su trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
	33. Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
¿Normalmente ... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus, automóvil), particular u oficial?	34. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor mensual estimado \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

		1	2	3	4	5
EI MES PASADO ... ¿recibió:	35.	Subsidio de alimentación en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Subsidio de alimentación en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Subsidio de alimentación en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Subsidio de alimentación en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Subsidio de alimentación en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
	36.	Auxilio de transporte en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Auxilio de transporte en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Auxilio de transporte en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Auxilio de transporte en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Auxilio de transporte en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
	37.	Subsidio familiar en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Subsidio familiar en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Subsidio familiar en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Subsidio familiar en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Subsidio familiar en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
	38.	Primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	Primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ... ¿recibió:	39.	a. Prima de servicios? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	→ Pase a 43	a. Prima de servicios? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	→ Pase a 43	a. Prima de servicios? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	→ Pase a 43	a. Prima de servicios? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	→ Pase a 43	a. Prima de servicios? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
		b. Prima de navidad? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		b. Prima de navidad? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		b. Prima de navidad? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		b. Prima de navidad? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		
		c. Prima de vacaciones? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		c. Prima de vacaciones? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		c. Prima de vacaciones? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		c. Prima de vacaciones? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		
		d. Bonificaciones? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		d. Bonificaciones? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		d. Bonificaciones? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		d. Bonificaciones? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		
		e. Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		e. Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		e. Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		e. Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo? 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.		

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5
K1.2. INDEPENDIENTES (quienes respondieron alternativas 4, 5, 6 o 7 en la pregunta K28)					
¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de ... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO?	40. Ganancia neta u honorarios netos: \$ _____	Ganancia neta u honorarios netos: \$ _____			
¿A cuántos meses corresponde el pago?	41. Número de meses: <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de meses: <input type="text"/> <input type="text"/>			
En la SEMANA PASADA, ¿cuál de las siguientes formas de trabajo realizó?	42. 1. <input type="checkbox"/> Trabajó por honorarios o prestación de servicios. 2. <input type="checkbox"/> Trabajó por obra. 3. <input type="checkbox"/> Trabajó por piezas o a destajo (satélite, maquila, etc.). 4. <input type="checkbox"/> Trabajó por comisión únicamente. 5. <input type="checkbox"/> Trabajó vendiendo por catálogo. 6. <input type="checkbox"/> Trabajó en su oficio (plomero, taxista, doméstica por días, etc.). 7. <input type="checkbox"/> Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Trabajó por honorarios o prestación de servicios. 2. <input type="checkbox"/> Trabajó por obra. 3. <input type="checkbox"/> Trabajó por piezas o a destajo (satélite, maquila, etc.). 4. <input type="checkbox"/> Trabajó por comisión únicamente. 5. <input type="checkbox"/> Trabajó vendiendo por catálogo. 6. <input type="checkbox"/> Trabajó en su oficio (plomero, taxista, doméstica por días, etc.). 7. <input type="checkbox"/> Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Trabajó por honorarios o prestación de servicios. 2. <input type="checkbox"/> Trabajó por obra. 3. <input type="checkbox"/> Trabajó por piezas o a destajo (satélite, maquila, etc.). 4. <input type="checkbox"/> Trabajó por comisión únicamente. 5. <input type="checkbox"/> Trabajó vendiendo por catálogo. 6. <input type="checkbox"/> Trabajó en su oficio (plomero, taxista, doméstica por días, etc.). 7. <input type="checkbox"/> Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Trabajó por honorarios o prestación de servicios. 2. <input type="checkbox"/> Trabajó por obra. 3. <input type="checkbox"/> Trabajó por piezas o a destajo (satélite, maquila, etc.). 4. <input type="checkbox"/> Trabajó por comisión únicamente. 5. <input type="checkbox"/> Trabajó vendiendo por catálogo. 6. <input type="checkbox"/> Trabajó en su oficio (plomero, taxista, doméstica por días, etc.). 7. <input type="checkbox"/> Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Trabajó por honorarios o prestación de servicios. 2. <input type="checkbox"/> Trabajó por obra. 3. <input type="checkbox"/> Trabajó por piezas o a destajo (satélite, maquila, etc.). 4. <input type="checkbox"/> Trabajó por comisión únicamente. 5. <input type="checkbox"/> Trabajó vendiendo por catálogo. 6. <input type="checkbox"/> Trabajó en su oficio (plomero, taxista, doméstica por días, etc.). 7. <input type="checkbox"/> Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca. 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____
K1.3. OCUPADOS (asalariados, independientes y trabajadores sin remuneración)					
¿Cuántas personas, incluido ..., tiene la empresa o negocio donde trabaja?	43. 1. <input type="checkbox"/> Trabaja solo. 2. <input type="checkbox"/> 2 a 3 personas. 3. <input type="checkbox"/> 4 a 5 personas. 4. <input type="checkbox"/> 6 a 10 personas. 5. <input type="checkbox"/> 11 a 19 personas. 6. <input type="checkbox"/> 20 a 30 personas. 7. <input type="checkbox"/> 31 a 49 personas. 8. <input type="checkbox"/> 50 a 249 personas. 9. <input type="checkbox"/> 250 personas o más.	1. <input type="checkbox"/> Trabaja solo. 2. <input type="checkbox"/> 2 a 3 personas. 3. <input type="checkbox"/> 4 a 5 personas. 4. <input type="checkbox"/> 6 a 10 personas. 5. <input type="checkbox"/> 11 a 19 personas. 6. <input type="checkbox"/> 20 a 30 personas. 7. <input type="checkbox"/> 31 a 49 personas. 8. <input type="checkbox"/> 50 a 249 personas. 9. <input type="checkbox"/> 250 personas o más.	1. <input type="checkbox"/> Trabaja solo. 2. <input type="checkbox"/> 2 a 3 personas. 3. <input type="checkbox"/> 4 a 5 personas. 4. <input type="checkbox"/> 6 a 10 personas. 5. <input type="checkbox"/> 11 a 19 personas. 6. <input type="checkbox"/> 20 a 30 personas. 7. <input type="checkbox"/> 31 a 49 personas. 8. <input type="checkbox"/> 50 a 249 personas. 9. <input type="checkbox"/> 250 personas o más.	1. <input type="checkbox"/> Trabaja solo. 2. <input type="checkbox"/> 2 a 3 personas. 3. <input type="checkbox"/> 4 a 5 personas. 4. <input type="checkbox"/> 6 a 10 personas. 5. <input type="checkbox"/> 11 a 19 personas. 6. <input type="checkbox"/> 20 a 30 personas. 7. <input type="checkbox"/> 31 a 49 personas. 8. <input type="checkbox"/> 50 a 249 personas. 9. <input type="checkbox"/> 250 personas o más.	1. <input type="checkbox"/> Trabaja solo. 2. <input type="checkbox"/> 2 a 3 personas. 3. <input type="checkbox"/> 4 a 5 personas. 4. <input type="checkbox"/> 6 a 10 personas. 5. <input type="checkbox"/> 11 a 19 personas. 6. <input type="checkbox"/> 20 a 30 personas. 7. <input type="checkbox"/> 31 a 49 personas. 8. <input type="checkbox"/> 50 a 249 personas. 9. <input type="checkbox"/> 250 personas o más.
Observaciones: _____ _____ _____ _____					

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

		1		2		3		4		5			
En un trayecto normal a su sitio de trabajo, ¿cuáles medios de transporte utiliza ... ?	44.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
		a. Transmilenio.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	a. Transmilenio.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	a. Transmilenio.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	a. Transmilenio.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
		b. Bus, buseta o colectivo.	1. <input type="checkbox"/>	¿Cuántos? <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	b. Bus, buseta o colectivo.	1. <input type="checkbox"/>	¿Cuántos? <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	b. Bus, buseta o colectivo.	1. <input type="checkbox"/>	¿Cuántos? <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
		c. Automóvil de uso particular.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	c. Automóvil de uso particular.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	c. Automóvil de uso particular.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	c. Automóvil de uso particular.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
		d. Taxi.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	d. Taxi.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	d. Taxi.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	d. Taxi.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
		e. Motocicleta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	e. Motocicleta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	e. Motocicleta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	e. Motocicleta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
		f. Bicicleta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	f. Bicicleta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	f. Bicicleta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	f. Bicicleta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
		g. Transporte de la empresa.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	g. Transporte de la empresa.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	g. Transporte de la empresa.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	g. Transporte de la empresa.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
		h. A pie.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	h. A pie.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	h. A pie.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	h. A pie.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
		i. Bus intermunicipal.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	i. Bus intermunicipal.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	i. Bus intermunicipal.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	i. Bus intermunicipal.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
j. Otro; ¿cuál?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	j. Otro; ¿cuál?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	j. Otro; ¿cuál?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	j. Otro; ¿cuál?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>		
		Si todas las opciones de respuesta son No, pase a pregunta 46		Si todas las opciones de respuesta son No, pase a pregunta 46		Si todas las opciones de respuesta son No, pase a pregunta 46		Si todas las opciones de respuesta son No, pase a pregunta 46		Si todas las opciones de respuesta son No, pase a pregunta 46			
¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida al trabajo (incluya tiempo de espera del medio de transporte)?	45.	Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Minutos: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el MES PASADO tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?	46.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor total percibido \$ _____ → Pase a 48		1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor total percibido \$ _____ → Pase a 48		1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor total percibido \$ _____ → Pase a 48		1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor total percibido \$ _____ → Pase a 48		1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor total percibido \$ _____ → Pase a 48			
		2. <input type="checkbox"/> No.		2. <input type="checkbox"/> No.		2. <input type="checkbox"/> No.		2. <input type="checkbox"/> No.		2. <input type="checkbox"/> No.			
K2. DESOCUPADOS E INACTIVOS (quienes respondieron alternativa 2 en preguntas K11, K12, cualquier alternativa en pregunta K14 o quienes respondieron alternativa 5 en K1 o alternativas 14, 15, 16, 17 o 18 en pregunta K9)													
El MES PASADO, ¿... recibió algún ingreso por concepto de trabajo?	47.	1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____		1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____		1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____		1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____		1. <input type="checkbox"/> Sí. Valor \$ _____			
		2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 49		2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 49		2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 49		2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 49		2. <input type="checkbox"/> No. → Pase a 49			
K3. OCUPADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS													
Del total de ingresos recibidos, ¿aproximadamente qué parte aportó ... para los gastos del hogar (excluya lo que dejó para sus gastos personales o ahorro individual, pensiones voluntarias, etc.)?	48.	1. <input type="checkbox"/> No aportó.		1. <input type="checkbox"/> No aportó.		1. <input type="checkbox"/> No aportó.		1. <input type="checkbox"/> No aportó.		1. <input type="checkbox"/> No aportó.			
		2. <input type="checkbox"/> Menos de una cuarta parte.		2. <input type="checkbox"/> Menos de una cuarta parte.		2. <input type="checkbox"/> Menos de una cuarta parte.		2. <input type="checkbox"/> Menos de una cuarta parte.		2. <input type="checkbox"/> Menos de una cuarta parte.			
		3. <input type="checkbox"/> Entre una cuarta parte y menos de la mitad.		3. <input type="checkbox"/> Entre una cuarta parte y menos de la mitad.		3. <input type="checkbox"/> Entre una cuarta parte y menos de la mitad.		3. <input type="checkbox"/> Entre una cuarta parte y menos de la mitad.		3. <input type="checkbox"/> Entre una cuarta parte y menos de la mitad.			
		4. <input type="checkbox"/> Entre la mitad y menos de tres cuartas partes.		4. <input type="checkbox"/> Entre la mitad y menos de tres cuartas partes.		4. <input type="checkbox"/> Entre la mitad y menos de tres cuartas partes.		4. <input type="checkbox"/> Entre la mitad y menos de tres cuartas partes.		4. <input type="checkbox"/> Entre la mitad y menos de tres cuartas partes.			
		5. <input type="checkbox"/> Tres cuartas partes o más.		5. <input type="checkbox"/> Tres cuartas partes o más.		5. <input type="checkbox"/> Tres cuartas partes o más.		5. <input type="checkbox"/> Tres cuartas partes o más.		5. <input type="checkbox"/> Tres cuartas partes o más.			
		6. <input type="checkbox"/> Aportó todo su ingreso.		6. <input type="checkbox"/> Aportó todo su ingreso.		6. <input type="checkbox"/> Aportó todo su ingreso.		6. <input type="checkbox"/> Aportó todo su ingreso.		6. <input type="checkbox"/> Aportó todo su ingreso.			

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (continuación)

	1	2	3	4	5
¿Está ... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?	49. 1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Ya es pensionado.] → Pase a 51	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Ya es pensionado.] → Pase a 51	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Ya es pensionado.] → Pase a 51	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Ya es pensionado.] → Pase a 51	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. 3. <input type="checkbox"/> Ya es pensionado.] → Pase a 51
¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente? (solicitar carné de afiliación)	50. 1. <input type="checkbox"/> Instituto de Seguros Sociales (ISS). 2. <input type="checkbox"/> Cajas de previsión. 3. <input type="checkbox"/> Fuerzas Militares o Policía Nacional. 4. <input type="checkbox"/> Magisterio. 5. <input type="checkbox"/> ECOPETROL. 6. <input type="checkbox"/> Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones). 7. <input type="checkbox"/> Fondo subsidiado (Prosperar). 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Instituto de Seguros Sociales (ISS). 2. <input type="checkbox"/> Cajas de previsión. 3. <input type="checkbox"/> Fuerzas Militares o Policía Nacional. 4. <input type="checkbox"/> Magisterio. 5. <input type="checkbox"/> ECOPETROL. 6. <input type="checkbox"/> Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones). 7. <input type="checkbox"/> Fondo subsidiado (Prosperar). 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Instituto de Seguros Sociales (ISS). 2. <input type="checkbox"/> Cajas de previsión. 3. <input type="checkbox"/> Fuerzas Militares o Policía Nacional. 4. <input type="checkbox"/> Magisterio. 5. <input type="checkbox"/> ECOPETROL. 6. <input type="checkbox"/> Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones). 7. <input type="checkbox"/> Fondo subsidiado (Prosperar). 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Instituto de Seguros Sociales (ISS). 2. <input type="checkbox"/> Cajas de previsión. 3. <input type="checkbox"/> Fuerzas Militares o Policía Nacional. 4. <input type="checkbox"/> Magisterio. 5. <input type="checkbox"/> ECOPETROL. 6. <input type="checkbox"/> Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones). 7. <input type="checkbox"/> Fondo subsidiado (Prosperar). 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____	1. <input type="checkbox"/> Instituto de Seguros Sociales (ISS). 2. <input type="checkbox"/> Cajas de previsión. 3. <input type="checkbox"/> Fuerzas Militares o Policía Nacional. 4. <input type="checkbox"/> Magisterio. 5. <input type="checkbox"/> ECOPETROL. 6. <input type="checkbox"/> Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones). 7. <input type="checkbox"/> Fondo subsidiado (Prosperar). 8. <input type="checkbox"/> Otro; ¿cuál? _____
EI MES PASADO, ¿ ... recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensonal, invalidez o vejez?	51. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
EI MES PASADO, ¿ ... Recibió algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos menores de 18 años (incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes)?	52. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
EI MES PASADO, ¿ ... Recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?	53. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ ... recibió PRIMAS por pensión de jubilación o por sustitución pensonal?	54. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ ... recibió algún ingreso por concepto de ayudas en dinero provenientes de otros hogares o instituciones (padres, hijos, familiares, amigos)?	55. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → El dinero provino de: 1. <input type="checkbox"/> Fuera del país. 2. <input type="checkbox"/> Dentro del país. 3. <input type="checkbox"/> Ambas partes. Valor recibido al año \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → El dinero provino de: 1. <input type="checkbox"/> Fuera del país. 2. <input type="checkbox"/> Dentro del país. 3. <input type="checkbox"/> Ambas partes. Valor recibido al año \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → El dinero provino de: 1. <input type="checkbox"/> Fuera del país. 2. <input type="checkbox"/> Dentro del país. 3. <input type="checkbox"/> Ambas partes. Valor recibido al año \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → El dinero provino de: 1. <input type="checkbox"/> Fuera del país. 2. <input type="checkbox"/> Dentro del país. 3. <input type="checkbox"/> Ambas partes. Valor recibido al año \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → El dinero provino de: 1. <input type="checkbox"/> Fuera del país. 2. <input type="checkbox"/> Dentro del país. 3. <input type="checkbox"/> Ambas partes. Valor recibido al año \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.

K. FUERZA DE TRABAJO (para personas de 10 años y más) (conclusión)

	1	2	3	4	5
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... recibió dinero por venta de propiedades (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)?	56. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... recibió dinero por otros conceptos (cesantías, intereses por cesantías, intereses por préstamos o CDT, rifas, etc.)?	57. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.	1. <input type="checkbox"/> Sí. → Valor \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> No.
De las siguientes actividades no remuneradas, ¿cuáles realizó... la SEMANA PASADA?	58. a. Realizar oficios en su hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cuidar o atender niños(as). 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. c. Cuidar o atender personas ancianas, enfermas o discapacitadas. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. d. Hacer reparaciones de la vivienda, muebles o vehículos del hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. e. Realizar trabajos comunitarios o voluntarios no remunerados. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. f. Estudiar o asistir a cursos o eventos de capacitación 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. g. Hacer tareas, trabajos y demás deberes escolares 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No.	a. Realizar oficios en su hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cuidar o atender niños(as). 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. c. Cuidar o atender personas ancianas, enfermas o discapacitadas. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. d. Hacer reparaciones de la vivienda, muebles o vehículos del hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. e. Realizar trabajos comunitarios o voluntarios no remunerados. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. f. Estudiar o asistir a cursos o eventos de capacitación 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. g. Hacer tareas, trabajos y demás deberes escolares 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No.	a. Realizar oficios en su hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cuidar o atender niños(as). 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. c. Cuidar o atender personas ancianas, enfermas o discapacitadas. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. d. Hacer reparaciones de la vivienda, muebles o vehículos del hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. e. Realizar trabajos comunitarios o voluntarios no remunerados. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. f. Estudiar o asistir a cursos o eventos de capacitación 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. g. Hacer tareas, trabajos y demás deberes escolares 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No.	a. Realizar oficios en su hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cuidar o atender niños(as). 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. c. Cuidar o atender personas ancianas, enfermas o discapacitadas. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. d. Hacer reparaciones de la vivienda, muebles o vehículos del hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. e. Realizar trabajos comunitarios o voluntarios no remunerados. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. f. Estudiar o asistir a cursos o eventos de capacitación 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. g. Hacer tareas, trabajos y demás deberes escolares 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No.	a. Realizar oficios en su hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. b. Cuidar o atender niños(as). 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. c. Cuidar o atender personas ancianas, enfermas o discapacitadas. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. d. Hacer reparaciones de la vivienda, muebles o vehículos del hogar. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. e. Realizar trabajos comunitarios o voluntarios no remunerados. 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. f. Estudiar o asistir a cursos o eventos de capacitación 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No. g. Hacer tareas, trabajos y demás deberes escolares 1. <input type="checkbox"/> Sí. → Núm de horas a la semana [][] 2. <input type="checkbox"/> No.
Observaciones: _____ _____ _____					

Número de orden de las personas	1	2	3	4	5
Registre el nombre y los apellidos de todas las personas que conforman este hogar	2. _____ _____	_____	_____	_____	_____
Sexo	3. 1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer.	1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer.	1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer.	1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer.	1. <input type="checkbox"/> Hombre. 2. <input type="checkbox"/> Mujer.
¿Cuántos años cumplidos tiene ... ? (si es menor de un año, escriba 00)	4. [][]	[][]	[][]	[][]	[][]

L. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA CIUDAD Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (para el jefe de hogar o su cónyuge)

1. Nombre y número de orden de la persona que responde este capítulo.

Nombre: _____

Número de orden:

2. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿de cuáles de los siguientes hechos ha sido víctima usted o algún miembro del hogar?

	Sí	No
a. Atracos o robos.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
b. Homicidios o asesinatos.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
c. Secuestros o desapariciones.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
d. Extorsión o chantaje.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

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

1. Muy buenas.
2. Buenas.
3. Regulares.
4. Malas.

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

1. Mejor.
2. Igual.
3. Peor.

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

1. Mejor.
2. Igual.
3. Peor.

6. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿cuáles de los siguientes problemas se han presentado en su hogar?

	Sí	No
a. Enfermedad grave.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
b. Muerte de alguno de los miembros.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
c. Separación de los cónyuges.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

7. Los ingresos de su hogar:

1. No alcanzan para cubrir los gastos mínimos.
2. Sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos.
3. Cubren más que los gastos mínimos.

8. ¿Usted se considera pobre?

1. Sí.
2. No.

9. Entre el año 2007 y el momento actual, ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes equipamientos?

	Mejor	Igual	Peor	No sabe
a. Vías.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
b. Andenes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
c. Puentes peatonales.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
d. Ciclorrutas.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
e. Parques.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
f. Colegios.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
g. Transmilenio.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
h. Bibliotecas.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
i. Ampliación de redes de acueducto.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
j. Ampliación de redes de alcantarillado.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
k. Canchas, escenarios deportivos.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
l. Supermercados, zonas comerciales.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

10. Entre el año 2007 y el momento actual, ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos?

	Mejor	Igual	Peor	No sabe
a. Atención en las oficinas públicas.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
b. Vigilancia, seguridad y reacción oportuna y eficiente de la policía.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
c. Sistema de seguridad social en salud, atención en salud.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
d. Educación pública.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
e. Transporte público urbano.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
f. Programas de alimentación y nutrición.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
g. Atención a la infancia.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
h. Respeto a los derechos humanos.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
i. Igualdad de oportunidades para las mujeres.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
j. Igualdad de oportunidades para los grupos adultos mayores.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
k. Igualdad de oportunidades para la población en condición de discapacidad.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
l. Igualdad de oportunidades para los jóvenes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
m. Igualdad de oportunidades para los grupos LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales).	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>

11. Entre el año 2007 y el momento actual, ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos ambientales?

	Mejor	Igual	Peor	No sabe
a. Calidad del agua.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
b. Calidad del aire.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
c. Disposición de basuras.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
d. Barrido y aseo de calles.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>

12. ¿Por falta de dinero, algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana pasada?

1. Sí.
2. No.

L. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA CIUDAD Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (para el jefe de hogar o su cónyuge) (conclusión)

13. ¿En los últimos 12 meses a este hogar le ha ocurrido lo siguiente?

	Frecuentemente	De vez en cuando	Nunca
a. Que se termine la comida y no tengan dinero para comprar más.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
b. No tener dinero para consumir carne, pollo o pescado.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

14. Considera usted, con respecto al 2007, que actualmente las condiciones de alimentación de los miembros del hogar son:

- Mejores. → **Pase a 17**
- Iguales. → **Pase a 17**
- Peores. → **Pase a 16**

15. ¿Cuál es la principal razón por la cual las condiciones de alimentación han mejorado?

- Mejoraron los ingresos.
 - Hicieron cambios en los alimentos que consumen.
 - Recibieron apoyo de programas del gobierno de la ciudad.
 - Recibieron apoyo de programas de empresas privadas y/o de ONG.
 - Recibieron capacitación en hábitos de consumo o preparación de alimentos.
 - Disminuyeron los miembros del hogar.
- **Pase a 17**

16. ¿Cuál es la principal razón por la cual las condiciones de alimentación han empeorado?

- Una o más personas del hogar perdieron el empleo.
- Bajaron los ingresos o tuvieron pérdida económica importante.
- Hubo necesidad de dedicar presupuesto a otros bienes o servicios.
- Aumentaron los precios de los bienes y servicios que consume el hogar.
- Aumentaron los miembros del hogar.

17. ¿Qué tan satisfecho se siente de vivir en este barrio?

- Muy satisfecho.
- Satisfecho.
- Regular.
- Insatisfecho.

18. ¿Cuáles de los siguientes bienes o activos poseen las personas de este hogar?

- a. Casas o apartamentos diferentes a la vivienda que habitan.
- b. Fincas o lotes.
- c. Locales comerciales.
- d. Muebles y equipo de oficina.
- e. Maquinaria.
- f. Ganado.
- g. Acciones o participación en empresas.
- h. CDT.
- i. Vehículos diferentes a carro particular.
- j. Ninguno de los anteriores

M. GASTOS

M1. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LOS HOGARES (para todos los hogares de la vivienda)

1. ¿Cada cuánto acostumbran hacer las compras de alimentos y bebidas no alcohólicas en este hogar?

a. Varios días a la semana (todos los días, día de por medio, cada 3 días).

- Sí. → **Responda pregunta 2.a**
- No.

b. Cada 8 días (semanalmente).

- Sí. → **Responda pregunta 2.b**
- No.

c. Cada 15 días (quincenalmente).

- Sí. → **Responda pregunta 2.c**
- No.

d. Cada 20 días.

- Sí. → **Responda pregunta 2.d**
- No.

e. Cada mes (mensualmente).

- Sí. → **Responda pregunta 2.e**
- No.

f. Con otra periodicidad; ¿cuál?

- Sí. → Cada días. → **Responda pregunta 2.f**
- No.

Observaciones: _____

2. ¿Cuánto gastó el hogar en total, en alimentos o bebidas no alcohólicas en:

- Los últimos 7 días? Valor \$ _____
- El último mercado semanal? (no incluya las compras diarias) Valor \$ _____
- El último mercado quincenal? (no incluya compras diarias ni semanales) Valor \$ _____
- El último mercado que hace cada 20 días? (no incluya compras diarias, semanales ni quincenales) Valor \$ _____
- El último mercado mensual? (no incluya compras diarias, semanales, quincenales ni cada 20 días) Valor \$ _____
- Este último mercado (el que hace con periodicidad diferente)? (no incluya compras diarias, semanales, quincenales, cada 20 días ni mensuales) Valor \$ _____

3. ¿Durante el pasado mes de _____ en este hogar adquirieron alimentos y/o bebidas no alcohólicas sin tener que comprarlas?

- Sí. → ¿En cuánto estima el valor total de estos alimentos y/o bebidas no alcohólicas?
\$ _____
- No. → **Pase a 5.**

4. ¿Cómo obtuvieron estos alimentos y/o bebidas no alcohólicas?

	Sí	No
a. Tomados de un negocio del hogar.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
b. Traídos de la finca o huerta del hogar.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
c. Recibidos como pago por trabajo.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
d. Por regalo.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
e. Por intercambio o trueque.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

M2. OTROS GASTOS DEL HOGAR (continuación)

GASTOS ANUALES

11. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES de _____ a _____, las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios?		11.1.	11.2.		12.	12.1.	12.2.	12.3.	12.4.
		1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. <i>Siguiente artículo o servicio</i>	¿Cuál fue el valor total gastado en _____ durante los ÚLTIMOS 12 MESES?				¿Cuáles artículos obtuvieron sin tener que pagarlos?	¿En cuánto estima el valor de _____ obtenido?	¿Cómo lo obtuvieron? a. Tomado de un negocio del hogar. b. Recibido como pago por trabajo. c. Regalado. d. Por intercambio o trueque.
ARTÍCULOS O SERVICIOS		Código de respuesta	Valor (\$)		¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?	1. <input type="checkbox"/> Sí. 2. <input type="checkbox"/> No. <i>Termine la encuesta</i>	Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
			Contado	Crédito					
1.	Muebles para el hogar (sala, comedor, camas, etc.).	<input type="checkbox"/>	_____	_____	Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		a. <input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
2.	Nevera, estufa, TV, DVD, lavadora, brilladora, horno y otros aparatos electrodomésticos y gasodomésticos.	<input type="checkbox"/>	_____	_____			b. <input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
3.	Arreglo y mantenimiento de electrodomésticos y gasodomésticos (nevera, estufa, lavadora, TV, brilladora, etc.).	<input type="checkbox"/>	_____	_____			c. <input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
4.	Computador y accesorios para computador: monitor, impresoras, escáner, etc.	<input type="checkbox"/>	_____	_____			d. <input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
5.	Vehículos o motos para uso del hogar.	<input type="checkbox"/>	_____	_____			e. <input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>
6.	Anillos, relojes y otros artículos de joyería, artesanías, porcelanas, etc.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
7.	Reparación, repuestos y mantenimiento de vehículo y moto para uso del hogar.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
8.	Consolas para juegos electrónicos (play station, Nintendo, Gameboy, MP3, MP4, Ipod, etc.).	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
9.	Colchones, cobijas, manteles y ropa de cama.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
10.	Ollas, vajillas, cubiertos y otros utensilios domésticos.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
11.	Compra de celulares.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
12.	Impuesto de vehículos o motos para uso del hogar.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
13.	Impuesto de renta y complementarios.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
14.	Pago de hoteles u hospedajes en viajes de vacaciones	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
15.	Pasajes de avión en viajes de vacaciones.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
16.	Compra y sostenimiento de mascotas.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
17.	Pasajes terrestres en viajes de vacaciones.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					
18.	Seguros contra incendio o robo de la vivienda que ocupa el hogar.	<input type="checkbox"/>	_____	_____					

**Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Bogotá, D. C., Colombia, diciembre de 2010**