



DANE
Para tomar decisiones



CUNDINAMARCA
unidos podemos más



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



em2017
ENCUESTA MULTIPROPÓSITO

Formulario número de

em2017
ENCUESTA MULTIPROPÓSITO
Bogotá, Cundinamarca

CONFIDENCIALIDAD: Los datos suministrados al DANE son confidenciales y no podrán utilizarse con fines comerciales, de tributación fiscal o de investigación judicial. (Ley 79 de 1993, art. 5.º.)

A. IDENTIFICACIÓN

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

A 1. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

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

2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA	
Coordinador(a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>
Supervisor(a) <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>
Apoyo operativo <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>
Observaciones:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

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

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

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

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

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

DATOS DE LA VIVIENDA (conclusión)

14. La vivienda está cerca de:

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

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

	Sí	No
1. Ruido	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
2. Exceso de anuncios publicitarios	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
3. Inseguridad	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
4. Contaminación del aire	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
5. Malos olores	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
6. Generación y manejo inadecuado de las basuras	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
7. Invasión del espacio público (andenes, calles, parques...)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
8. Presencia de insectos, roedores o animales que causen molestia	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

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

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

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

1. Propia, totalmente pagada	<input type="checkbox"/>	→ Pase a 3
2. Propia, la están pagando	<input type="checkbox"/>	
3. En arriendo, subarriendo o <i>leasing</i>	<input type="checkbox"/>	→ Pase a 10
4. En usufructo	<input type="checkbox"/>	→ Pase a 9
5. Otra forma de tenencia (posesión sin título, ocupante de hecho, propiedad colectiva, etc.)	<input type="checkbox"/>	

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

Valor \$ _____

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

1. <input type="checkbox"/>	Sí	
2. <input type="checkbox"/>	No	→ Pase a 5

4. La escritura está a nombre de:

1. Jefe(a) del hogar	1. <input type="checkbox"/>
2. Cónyuge	1. <input type="checkbox"/>
3. Hijos varones que vivan en este hogar	1. <input type="checkbox"/>
4. Hijas mujeres que vivan en este hogar	1. <input type="checkbox"/>
5. Otras personas del hogar	1. <input type="checkbox"/>
6. Personas de otros hogares	1. <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 2012 o después, continúe; si es antes de 2012 pase a 9.

7. ¿Cuál fue el valor de la compra?

Valor \$ _____

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

1. <input type="checkbox"/>	1. Crédito bancario hipotecario
1. <input type="checkbox"/>	2. Crédito bancario diferente a hipotecario
1. <input type="checkbox"/>	3. Crédito con el Fondo Nacional del Ahorro
1. <input type="checkbox"/>	4. Crédito con cooperativas o fondos de empleados
1. <input type="checkbox"/>	5. Crédito con fondos de vivienda o cajas de vivienda
1. <input type="checkbox"/>	6. Préstamos de amigos o familiares
1. <input type="checkbox"/>	7. Cesantías
1. <input type="checkbox"/>	8. Recursos propios o ahorros
1. <input type="checkbox"/>	9. Subsidios
1. <input type="checkbox"/>	10. Otra, ¿cuál? _____

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

Valor MENSUAL \$ _____ → Pase a 11

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

Valor MENSUAL \$ _____

11. En los PRÓXIMOS 2 AÑOS, ¿usted o alguna persona de este hogar tiene planes de adquirir vivienda para ser habitada por el hogar?

1. <input type="checkbox"/>	Sí	→ Pase a 13
2. <input type="checkbox"/>	No	

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

1. <input type="checkbox"/>	Poseen vivienda
2. <input type="checkbox"/>	Prefieren otro tipo de inversión
3. <input type="checkbox"/>	No cuentan con el dinero suficiente
4. <input type="checkbox"/>	No tienen capacidad de endeudamiento
5. <input type="checkbox"/>	No cumplen los requisitos para obtener crédito financiero
6. <input type="checkbox"/>	Otra razón, ¿cuál? _____

→ Pase a 14

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

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

- 1. 1. Crédito bancario hipotecario
- 1. 2. Crédito bancario diferente a hipotecario
- 1. 3. Crédito con el Fondo Nacional del Ahorro
- 1. 4. Crédito con cooperativas o fondos de empleados
- 1. 5. Crédito con fondos de vivienda o cajas de vivienda
- 1. 6. Préstamos de amigos o familiares
- 1. 7. Cesantías
- 1. 8. Recursos propios o ahorros
- 1. 9. Subsidios
- 1. 10. Otra, ¿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, ¿alguna persona de este hogar recibió subsidio en dinero o en especie del gobierno o de otra institución para la compra, construcción, mejora o escrituración de vivienda o lote?

- 1. Sí → ¿Cuánto recibieron? \$ _____
- 2. No

16. ¿Cuántas personas componen este hogar?

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

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

→ ¿Cuántos de estos cuartos cuentan con ventana?

19. Durante el día, cuáles de los siguientes espacios cuentan con iluminación natural:

- | | Sí | No | No aplica |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Sala - comedor | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> |
| 2. Cuartos para dormir | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | |

20. Este hogar dispone de:

- 1. Jardín o patio 1.
- 2. Lote o solar 1.
- 3. Garaje o sitio de parqueo 1.
- 4. Azotea o terraza 1.
- 5. Zonas verdes 1.
- 6. Otras zonas comunes (pasillos, escaleras, salón comunal...) 1.
- 7. Ninguno de los anteriores 2.

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

- 1. En un espacio dedicado solo para cocinar
 - 2. En un cuarto usado también para dormir
 - 3. En una sala comedor
 - 4. En un patio, corredor, enramada, al aire libre
 - 5. En ninguna parte (no preparan alimentos)
- } → Pase a 23

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

- 1. Sí
 - 2. No
- } → Pase a 26

23. La cocina o sitio para preparar alimentos es:

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

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

- 1. Electricidad
 - 2. Gas natural conectado a red pública
 - 3. Gas propano (en cilindro o pipeta)
 - 4. Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol
 - 5. Carbón mineral
 - 6. Carbón de leña
 - 7. Leña, madera
 - 8. Material de desecho
- } → Pase a 26

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

Valor \$ _____

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

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

27. ¿El agua llega al hogar todos los 7 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 → ¿Cuántas horas al día llega?

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

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

- Inodoro conectado a alcantarillado
- Inodoro conectado a pozo séptico
- Inodoro sin conexión
- Letrina → Pase a 32
- Bajamar → Pase a 32
- No tiene servicio sanitario → Pase a 33

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

□ □

31. El servicio sanitario está ubicado:

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

32. El servicio sanitario es:

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

33. Este hogar dispone de:

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

34. Este hogar dispone de:

- Lavamanos 1.
- Lavadero 1.
- Tanque de reserva de agua 1.
- Ninguno de los anteriores 2.

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

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

36. ¿En este hogar clasifican las basuras?

- Sí → Qué tipo de material clasifican:
 1. Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos
 2. Vidrio
 3. Papel y cartón
 4. Plástico
 5. Pilas y baterías
 6. Envases metálicos o de aluminio
 7. Medicamentos
- No

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

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

38. ¿Cuáles de los siguientes bienes posee este hogar?:

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

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

- Sí → ¿Cuántos? □ □ ¿Cuántos se utilizan como herramienta de trabajo? □ □
- No → Pase a 42

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

- Sí → ¿Cuántos? □ □
- No

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

41. ¿Alguno de estos vehículos lo adquirió por la medida de pico y placa de Bogotá ?

1. Sí
2. No

Solo para hogares que en la pregunta 39 manifestaron tener 2 o más vehículos

42. ¿Las personas de este hogar poseen motocicleta?

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

43. ¿Las personas de este hogar poseen bicicleta?

1. Sí → ¿Cuántas? ¿Cuántas se utilizan como medio de transporte?
2. No

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

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

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

ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO

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

1. Sí
2. Sí, con el arriendo
3. No pagan
4. El hogar no cuenta con el servicio

→ Pase a 3

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

Valor \$ _____ → ¿A cuántos meses correspondió el pago?
¿Verificó el valor con el recibo? 1. Sí 2. No
Núm. de cuenta
Solo para Bogotá

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

1. Sí
2. Sí, con el arriendo
3. No pagan
4. El hogar no cuenta con el servicio

→ Pase a 5

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

Valor \$ _____ → ¿A cuántos meses correspondió el pago?
¿Verificó el valor con el recibo? 1. Sí 2. No
Núm. de cuenta
Solo para Bogotá

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

1. Sí
2. Sí, con el arriendo
3. No pagan
4. El hogar no cuenta con el servicio

Si pregunta D1=1 o pregunta D3=1 pase a D7. Si pregunta D1 es diferente de 1 y pregunta D3 es diferente de 1, pase a D9.

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

Valor \$ _____ → ¿A cuántos meses correspondió el pago?
¿Verificó el valor con el recibo? 1. Sí 2. No
Núm. de cuenta
Solo para Bogotá

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

1. Sí → ¿Entre cuántos hogares?
2. No

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

1. Sí
2. No

ENERGÍA ELÉCTRICA

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

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

→ Pase a 13

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

1. Sí → ¿Entre cuántos hogares?
2. No

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

Valor \$ _____ → ¿A cuántos meses correspondió el pago?
¿Verificó el valor con el recibo? 1. Sí 2. No
Núm. de cuenta
Solo para Bogotá

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

1. Sí
2. No

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

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

1. Sí

2. No → Pase a 15

14. ¿Estos cortes o suspensiones se presentaron por:

1. 1. Falta de pago?

1. 2. Fallas en el servicio?

1. 3. Otro motivo?

2. 4. No sabe?

GAS NATURAL

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

1. Sí

2. No → Pase a 21

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

1. Sí

2. Sí, con el arriendo } → Pase a 20

3. No pagan

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

1. Sí → ¿Entre cuántos hogares?

2. No

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

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

¿Verificó el valor con el recibo? 1. Sí 2. No

Núm. de cuenta

Solo para Bogotá

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

1. Sí

2. No

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

1. Sí

2. No

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

21. ¿Este hogar tiene servicio telefónico fijo?

1. Sí → ¿Cuántas líneas?

2. No → Pase a 24

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

1. Sí

2. Sí, con el arriendo } → Pase a 24

3. No pagan

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

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

¿Verificó el valor con el recibo? 1. Sí 2. No

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

1. Sí → ¿Cuántos?

2. No

25. ¿En este hogar tienen computador portátil (laptop)?

1. Sí → ¿Cuántos?

2. No

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

1. Sí → ¿Cuántas?

2. No

27. ¿El hogar tiene conexión a internet?

Sí **No**

1. Sí → 1. Fijo 1. 2.

2. Móvil 1. 2.

2. No → Pase a 30

28. ¿Este hogar paga por el servicio de internet?

1. Sí

2. Sí, con el arriendo } → Pase a 30

3. No pagan

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

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

¿Verificó el valor con el recibo? 1. Sí 2. No

Las preguntas 30 a 32 las responden los hogares que en C38 en las opciones 7 o 8 respondieron Sí

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

1. 1. Señal abierta ← 1. Análoga Sí No

1. 2. Cable ← 2. TDT Sí No

1. 3. Satelital

1. 4. IPTV

→ Pase a CAPÍTULO E

31. ¿Este hogar paga por el servicio de televisión?

1. Sí

2. Sí, con el arriendo } → Pase a CAPÍTULO E

3. No pagan

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

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

¿Verificó el valor con el recibo? 1. Sí 2. No

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

6. ¿Cuál es el parentesco de... con el o la jefe(a) de este hogar?

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

Si tiene menos de 10 años pase a 9;
si tiene 10 años y más, continúe

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

1. No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años
2. No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más
3. Está viudo(a)
4. Está separado(a) o divorciado(a) → Pase a 9
5. Está soltero(a)
6. Está casado(a)

8. ¿El (la) cónyuge de ... vive en este hogar?

1. Sí
2. No

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

1. En otro país → Pase a 11
2. En este municipio
3. En otro municipio

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

01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

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

<p>10. ¿La madre de ... en ese momento vivía en?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la alcaldía</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo</p>	<p>11. ¿Dónde nació...?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> En este municipio</p> <p>2. <input type="checkbox"/> En otro municipio</p> <p>3. <input type="checkbox"/> En otro país</p>	<p>12. ¿... siempre ha vivido en este municipio?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → Si tiene menos de 5 años pase a E19; de lo contrario pase a 17</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>13. ¿Dónde vivía... hace 5 años?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> No había nacido → Pase a 19</p> <p>2. <input type="checkbox"/> En este municipio</p> <p>3. <input type="checkbox"/> En otro municipio</p> <p>4. <input type="checkbox"/> En otro país ↓ Pase a 19</p>
	<p>C.R. Departamento Código Municipio Código</p>		<p>C.R. Departamento Código Municipio Código</p>

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

<p>14. ¿El lugar dónde vivía ... hace 5 años era?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la alcaldía</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo</p> <div style="border: 1px solid gray; background-color: #f0f0f0; padding: 2px; margin-top: 10px; font-size: small;"> Si E13 = 2 pase a 17; de lo contrario, continúe. </div>	<p>15. ¿Cuál fue la principal razón para venir a este municipio?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Laborales u oportunidad de negocio</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Más oportunidades de educación</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Motivos de salud</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Matrimonio o conformación de un nuevo hogar</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Riesgo o consecuencia de desastre natural</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Compra de vivienda</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Mejorar vivienda o localización</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Problemas o conflictos con su pareja</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Motivos económicos</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Acompañar a otro miembro del hogar</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál?</p>	<p>16. Cuando ... llegó por ÚLTIMA VEZ a este municipio, ¿quién le ayudó a instalarse en él?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Una o más personas de este hogar</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Familiares en este municipio</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Familiares fuera de este municipio</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. Amigo(a)s en este municipio</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5. Amigo(a)s fuera de este municipio</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 6. Centro local de atención a víctimas (solo para Bogotá y Soacha)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 7. Alcaldía Local</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 8. Iglesia</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 9. Junta de Acción Comunal</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 10. Otro, ¿cuál?</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 11. Nadie le ayudó</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Pase a 19</p>	<p>17. ¿Dónde vivía..., hace 5 años:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> En este barrio o vereda → Pase a 19</p> <p>2. <input type="checkbox"/> En otro barrio o vereda de este municipio → ¿En otra localidad? (solo para Bogotá)</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Sí Localidad</p> <p style="margin-left: 20px;">2. No</p>
C.R.	12. Otra razón, ¿cuál?	10. Otro, ¿cuál?	C.R. Localidad

01			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											
02			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											
03			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											
04			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											
05			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											
06			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											
07			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											
08			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											
09			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5												
6	7	8	9	10	11											

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

<p>18. ¿Cuál fue la principal razón para venir a este barrio o vereda?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"/> Riesgo o consecuencia de desastre natural 6. <input type="checkbox"/> Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia 7. <input type="checkbox"/> Compra de vivienda 8. <input type="checkbox"/> Mejorar vivienda o localización 9. <input type="checkbox"/> Problemas o conflictos con su pareja 10. <input type="checkbox"/> Motivos económicos 11. <input type="checkbox"/> Acompañar a otro miembro del hogar 12. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 	<p>19. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Indígena 2. <input type="checkbox"/> Gitano(a) (Rom) 3. <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina } Pase a 21 4. <input type="checkbox"/> Palenquero(a) de San Basilio 5. <input type="checkbox"/> Negro(a), mulato(a) (afrodescendiente) } Pase a 22 6. <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores 	<p>20. ¿A cuál pueblo indígena pertenece...?</p>	<p>21. ¿Habla ... el idioma, lengua de su pueblo o grupo étnico?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; padding: 2px;">C.R.</td> <td style="padding: 2px;">12. Otra razón, ¿cuál?</td> </tr> </table>	C.R.	12. Otra razón, ¿cuál?		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%; padding: 2px;">Pueblo o etnia indígena</td> <td style="width:30%; padding: 2px;">Código</td> </tr> </table>	Pueblo o etnia indígena	Código	
C.R.	12. Otra razón, ¿cuál?						
Pueblo o etnia indígena	Código						

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

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

22. ¿El padre de ... vive en este hogar?	23. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de ... ?	24. ¿La madre de ... vive en este hogar?
1. <input type="checkbox"/> Sí → Pase a 24 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> Fallecido	1. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria 2. <input type="checkbox"/> Toda la primaria 3. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria 4. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria 5. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica 6. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título) 7. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad 8. <input type="checkbox"/> Universitaria completa (con título) 9. <input type="checkbox"/> Posgrado 10. <input type="checkbox"/> Ninguno 99. <input type="checkbox"/> No sabe	1. <input type="checkbox"/> Sí → Si tiene menos de 18 años pase a CAPÍTULO F; si tiene 18 años o más pase a 26 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> Fallecido
C.R. Número de orden	C.R. Cuántos años aprobados	C.R. Número de orden

01				
02				
03				

04				
05				
06				

07				
08				
09				

F. SALUD (Para todas las personas del hogar)

<p>1. ¿... está afiliado(a) (cotizante o beneficiario(a)) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud [EPS], Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado [EPS-S], entidades de regímenes de excepción o especial)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → Pase a 3</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 3</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa → Pase a 11</p>	<p>2. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado(a) ...?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Contributivo } → Pase a 4</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Especial o de excepción (fuerzas militares y de policía, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Subsidiado (EPS-S) → Pase a 6</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa → Pase a 11</p>	<p>3. ¿Por qué razón principal no está afiliado(a) a una entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud [EPS], Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado [EPS-S], entidades de regímenes de excepción o especial)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Falta de dinero</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muchos trámites</p> <p>3. <input type="checkbox"/> No le interesa o descuido</p> <p>4. <input type="checkbox"/> No sabe que debe afiliarse</p> <p>5. <input type="checkbox"/> No está vinculado(a) laboralmente a una empresa o entidad } → Pase a 11</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Está a la espera de la encuesta Sisbén</p> <p>7. <input type="checkbox"/> No sabe cómo afiliarse</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Está en trámite de afiliación</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál?</p>	<p>4. ¿Quién paga MENSUALMENTE por la afiliación de ... ?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Paga una parte y otra la empresa o persona que lo(a) emplea</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Le descuentan de la pensión</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Paga la totalidad de la afiliación</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 4. Paga completamente la empresa o persona que le emplea o empleó } → Pase a 6</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 5. No paga, es beneficiario(a)</p>
		C.R.	9. Otra razón, ¿cuál?

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

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

<p>5. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan MENSUALMENTE a ... para estar cubierto(a) por una entidad de seguridad social en salud?</p>	<p>6. ¿... ha participado en acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad realizadas por la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado(a)?</p> <p style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>7. En general, considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que... está afiliado(a) es:</p> <p style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> Muy buena 2. <input type="checkbox"/> Buena 3. <input type="checkbox"/> Regular 4. <input type="checkbox"/> Mala 5. <input type="checkbox"/> Muy mala 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa → Pase a 9</p>	<p>8. ¿Cuál es el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad del servicio de la entidad en la cual se encuentra afiliado?</p> <p style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> Trámites excesivos o dispendiosos 2. <input type="checkbox"/> Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) 3. <input type="checkbox"/> Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial 4. <input type="checkbox"/> Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario 5. <input type="checkbox"/> Demora en la asignación de citas 6. <input type="checkbox"/> Demora en la atención por parte del personal médico 7. <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál?</p>	<p>9. ¿En los últimos 24 meses ... ha tenido que cambiar de EPS por sentirse insatisfecho con el servicio prestado?</p> <p style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No</p>
Valor pagado o descontado (\$)			C.R. 7. Otro, ¿cuál?	

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

<p>10. En promedio, ¿cuánto tiempo se demora en llegar... desde su lugar de residencia a la IPS para sus consultas de medicina general?</p>	<p>11. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros complementarios tiene...?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Póliza de hospitalización o cirugía</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Contrato de medicina prepagada</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Contrato de plan complementario de salud con una EPS</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. Otro (seguro estudiantil, ambulancia, tarjeta de viajero, entre otros)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 5. Ninguno → Pose a 13</p>	<p>12. ¿Cuánto paga o descuentan a ... por concepto de este o estos planes o seguros complementarios de salud?</p> <p>Valor \$ _____ Periodicidad:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Mensual</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Bimestral</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Semestral</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Anual</p>	<p>13. El estado de salud de ... en general es:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Muy bueno</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Bueno</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Regular</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Malo</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Muy malo</p>	<p>14. Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿... por lo menos una vez al año, consulta?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Medicina general</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Medicina especializada</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Odontología</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. Medicina alternativa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 5. Ninguna de las anteriores</p>
Minutos		Valor (\$)	Periodicidad	

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

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

<p>15. ¿A ... le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión?</td><td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema?</td><td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Insuficiencia renal?</td><td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica?</td><td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis?</td><td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. 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>7. Tumores malignos, cáncer?</td><td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia (depresión, ansiedad)?</td><td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. 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>10. 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>11. 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>12. 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> </tbody> </table> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0; margin-top: 10px;">Si todas las opciones de respuesta son NO, pase a 17</p>		Sí	No	1. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. Insuficiencia renal?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	4. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	5. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	6. Diabetes?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	7. Tumores malignos, cáncer?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	8. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia (depresión, ansiedad)?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. Asma?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	10. Alergia crónica?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	11. Epilepsia?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	12. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.)?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<p>16. Para tratar esa(s) enfermedad(es) ¿... recibe atención médica periódica, asiste regularmente a una institución de salud o se hace controles?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, para todas 2. <input type="checkbox"/> Sí, para algunas 3. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>17. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que NO haya implicado hospitalización?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 21</p>	<p>18. Por este problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó ... de realizar sus actividades normales?</p>
	Sí	No																																								
1. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
2. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
3. Insuficiencia renal?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
4. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
5. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
6. Diabetes?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
7. Tumores malignos, cáncer?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
8. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia (depresión, ansiedad)?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
9. Asma?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
10. Alergia crónica?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
11. Epilepsia?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
12. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.)?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																								
			Número de días																																							

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

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

<p>19. ¿Qué hizo principalmente ... para tratar ese problema de salud?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios (medicina general, especializada, odontología, terapéutica, enfermería) a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS 2. <input type="checkbox"/> Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (medicina general, especializada, odontología, terapéutica, enfermería) 3. <input type="checkbox"/> Utilizó servicios médicos particulares (medicina general, especializada, odontología, terapéutica, enfermería) 4. <input type="checkbox"/> Acudió a una ESE (Empresa Social del Estado), hospital o centro de salud (sin utilizar los servicios de EPS o EPSS) 5. <input type="checkbox"/> Acudió a una farmacia, botica o droguería 6. <input type="checkbox"/> Consultó a un tegua, comadrona, curandero(a), yerbatero(a) 7. <input type="checkbox"/> Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, musicoterapia, etc.) 8. <input type="checkbox"/> Usó remedios caseros 9. <input type="checkbox"/> Se autorrecetó 10. <input type="checkbox"/> Nada 	<p>→ Pase a 21</p>	<p>20. En general, considera que la calidad del servicio fue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Muy buena 2. <input type="checkbox"/> Buena 3. <input type="checkbox"/> Regular 4. <input type="checkbox"/> Mala 5. <input type="checkbox"/> Muy mala 	<p>21. ¿... tiene alguna limitación permanente para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Moverse o caminar? 2. <input type="checkbox"/> Usar sus brazos o manos? 3. <input type="checkbox"/> Ver, a pesar de usar lentes o gafas? 4. <input type="checkbox"/> Oír, aún con aparatos especiales? 5. <input type="checkbox"/> Hablar? 6. <input type="checkbox"/> Entender o aprender? 7. <input type="checkbox"/> Relacionarse con otras personas por problemas mentales o emocionales? 8. <input type="checkbox"/> Bañarse, vestirse, alimentarse sin ayuda de alguien más? 9. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores? → Pase a 26
--	--------------------	--	---

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

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

<p>22. Para afrontar esta(s) limitación(es), ¿... sigue algún tratamiento médico?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>23. ¿Cómo afecta(n) esta(s) limitación(es) la capacidad de ... para trabajar, estudiar o realizar sus actividades cotidianas?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> No puede realizar sus actividades cotidianas 2. <input type="checkbox"/> Realiza sus actividades cotidianas con dificultad 3. <input type="checkbox"/> No afecta sus actividades cotidianas</p>	<p>24. ¿Quién se ocupa principalmente del cuidado de ... ?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Una persona de este hogar, no remunerada → Número de orden <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar, no remunerada → 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Una persona contratada para ayudarlo → 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Una institución 5. <input type="checkbox"/> No requiere cuidado permanente 6. <input type="checkbox"/> No tiene quien le cuide</p>	<p>25. ¿Quién asume el pago de la persona o de la institución que se encarga del cuidado de ...?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> El sistema de salud (Entidad Promotora de Salud (EPS), Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado (EPS-S))</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. El hogar o la misma persona → Gasto MENSUAL \$ <input type="text"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Familiar de otro hogar 1. <input type="checkbox"/> 4. Amigo(a)s o vecino(a)s 1. <input type="checkbox"/> 5. Otro, ¿cuál?</p>	<p>26. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... tuvo que ser hospitalizado(a)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces? 2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 29</p>
		C.R. Número de orden Sexo	5. Otro, ¿cuál? 2. Gasto MENSUAL (\$)	C.R. Cuántas veces

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

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

<p>27. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Cuánto gastó el hogar en total por hospitalización(es) de...?</p>	<p>28. Considera que la calidad del servicio de su última o única hospitalización fue:</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>5. <input type="checkbox"/> Muy mala</p>	<p>29. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿... acudió a un servicio de urgencias?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 32</p>	<p>30. ¿... recibió atención médica de urgencias?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 32</p>	<p>31. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Lo atendieron inmediatamente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> En máximo 30 minutos</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Entre 31 minutos y una hora</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Más de una hora hasta dos horas</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Más de dos horas</p>
<p>Valor (\$)</p>				

01				
02				
03				

04				
05				
06				

07				
08				
09				

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

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

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

01											
02											
03											

04											
05											
06											

07											
08											
09											

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

<p>33. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuánto gastó el hogar en medicamentos para... ?</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid gray; padding: 2px;">Si el hogar no gastó registre 00</p>	<p>34. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿para ... el hogar tuvo gastos por:</p> <p>1. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, entre otros)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>2. Cirugías o procedimientos quirúrgicos ambulatorios (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid gray; padding: 2px;">Si tiene menos de 5 años, pase a CAPÍTULO G. Si tiene entre 5 y 9 años pase a CAPÍTULO H. Si tiene 10 años o más continúe</p>	<p>35. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántas veces por semana ... practicó deporte o realizó actividad física por 30 minutos continuos o más?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3 o más veces por semana</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 1 a 2 veces por semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana</p> <p>4. <input type="checkbox"/> No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes</p> <p style="text-align: right;">} Pase a 37</p>	
Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

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

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

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

1. Sí
2. No → Si es mujer y tiene entre 10 y 14 años pase a 40. Si es hombre y tiene entre 10 y 14 años pase a capítulo H. Si tiene 15 años o más pase a 39

38. ¿... fuma todos los días?

1. Sí
 2. No
- Si es mujer y tiene entre 10 y 14 años, pase a 40. Si es hombre y tiene entre 10 y 14 años, pase a capítulo H. Si tiene 15 años o más, continúe.

C.R. ¿Cuántos cigarrillos al día?

39. 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

- | | |
|--|---|
| <p>1. Citología vaginal (mujeres de 15 años y más)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No | <p>4. Toma de tensión arterial (personas de 15 años y más)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No |
| <p>2. Mamografía (mujeres de 40 años y más)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No | <p>5. Examen VIH (personas de 15 años y más)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No |
| <p>3. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No | <p>6. Exámenes de triglicéridos, colesterol, glucosa (personas de 15 años y más)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No |

Si es mujer y tiene entre 15 y 49 años, continúe. Si es hombre o si es mujer mayor de 49 años, pase a 44.

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

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

1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana? 1. <input type="checkbox"/> Asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio 2. <input type="checkbox"/> Con su padre o madre en la casa 3. <input type="checkbox"/> Con su padre o madre en el trabajo 4. <input type="checkbox"/> Con empleado(a) o niñero(a) en la casa 5. <input type="checkbox"/> Al cuidado de un(a) pariente de 18 años o más 6. <input type="checkbox"/> Al cuidado de un(a) pariente menor de 18 años 7. <input type="checkbox"/> En casa solo 8. <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál?			2. ¿Cuál es la razón principal por la cual ... no asiste a un hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio? 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(a) familiar en la casa que lo(a) cuida 6. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad de asistir 7. <input type="checkbox"/> Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana 8. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál?			3. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio) asiste? 1. <input type="checkbox"/> Hogar comunitario de Bienestar Familiar 2. <input type="checkbox"/> Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar 3. <input type="checkbox"/> Jardín infantil de la Secretaría Distrital de Integración Social (solo para Bogotá) 4. <input type="checkbox"/> Centro de Desarrollo Infantil oficial (CDI) 5. <input type="checkbox"/> Jardín o colegio oficial 6. <input type="checkbox"/> Jardín o colegio privado			4. ¿Quién lleva usualmente a... al establecimiento al que asiste? 1. <input type="checkbox"/> El padre 2. <input type="checkbox"/> La madre 3. <input type="checkbox"/> Otra persona de 18 años y más 4. <input type="checkbox"/> Otra persona menor de 18 años 5. <input type="checkbox"/> Transporte escolar 6. <input type="checkbox"/> Nadie, va solo(a)			5. ¿Quién recoge usualmente a... en el establecimiento al que asiste? 1. <input type="checkbox"/> El padre 2. <input type="checkbox"/> La madre 3. <input type="checkbox"/> Otra persona de 18 años y más 4. <input type="checkbox"/> Otra persona menor de 18 años 5. <input type="checkbox"/> Transporte escolar 6. <input type="checkbox"/> Nadie, va solo(a)		
C.R.	8. Otro, ¿cuál?	¿Cuántas horas a la semana?	C.R.	8. Otro, ¿cuál?	7. ¿Cuántas horas a la semana?									

01								
02								
03								

04								
05								
06								

07								
08								
09								

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

6. ¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida al establecimiento al que asiste?		7. Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó matrícula para ...?		8. Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó uniformes para ...?		9. Durante ESTE AÑO escolar, ¿el hogar pagó libros, útiles escolares y elementos de aseo para ... ?		10. ¿Este hogar paga pensión o cuota de participación para ... ?		11. ¿Este hogar paga transporte para ... ?		12. ¿Este hogar paga al establecimiento alimentación para ... ?	
		1. <input type="checkbox"/> Sí		1. <input type="checkbox"/> Sí		1. <input type="checkbox"/> Sí		1. <input type="checkbox"/> Sí		1. <input type="checkbox"/> Sí		1. <input type="checkbox"/> Sí	
		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		2. <input type="checkbox"/> No	
Minutos	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor MENSUAL (\$)	C.R.	Valor MENSUAL (\$)	C.R.	Valor MENSUAL (\$)	

01												
02												
03												

04												
05												
06												

07												
08												
09												

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

<p>13. ¿Recibe o toma ... desayuno o almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo ENTRE SEMANA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 15</p>	<p>14. ¿Este hogar paga por el desayuno o almuerzo que... recibe?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, completamente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí, un pago simbólico</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Valor MENSUAL \$</p> <p style="margin-left: 20px;">b. ¿Si tuviera que comprar la alimentación en otra parte, cuánto pagaría al MES por lo que recibe? \$</p> <p>3. <input type="checkbox"/> No paga</p> <p style="margin-left: 20px;">a. ¿Si tuviera que comprar el desayuno o almuerzo en otra parte, cuánto pagaría al mes por lo que recibe? \$</p> <p>4. <input type="checkbox"/> No paga, lo recibe o lo lleva del hogar</p>	<p>15. ¿Recibe o toma... refrigerio en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo ENTRE SEMANA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 17</p>	
	2.	3.	
C.R.	a. Valor MENSUAL (\$)	b. Valor MENSUAL estimado (\$)	a. Valor MENSUAL estimado (\$)

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

16. ¿Este hogar paga por el refrigerio que ... recibe?				17. ¿Quién se encarga principalmente del cuidado de ... después de asistir al hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o en el sitio en el que permanece la mayor parte del tiempo ENTRE SEMANA?		18. ¿Cuántos años tiene esta persona?	19. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?	
1. <input type="checkbox"/> Sí, completamente 2. <input type="checkbox"/> Sí, un pago simbólico a. Valor MENSUAL \$ b. ¿Si tuviera que comprar el refrigerio en otra parte, cuanto pagaría al mes por lo que recibe? \$ 3. <input type="checkbox"/> No paga a. ¿Si tuviera que comprar el refrigerio en otra parte, cuanto pagaría al mes por lo que recibe? \$ 4. <input type="checkbox"/> No paga, lo recibe o lo lleva del hogar				1. <input type="checkbox"/> Una persona de este hogar → Num. de orden <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> → Pase a 20 2. <input type="checkbox"/> Un hombre de otro hogar 3. <input type="checkbox"/> Una mujer de otro hogar 4. <input type="checkbox"/> Nadie le cuida → Pase a 21		1. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria 2. <input type="checkbox"/> Toda la primaria 3. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria 4. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria 5. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica 6. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa (con o sin título) 7. <input type="checkbox"/> Algunos años de universidad 8. <input type="checkbox"/> Universitaria completa (con título) 9. <input type="checkbox"/> Posgrado 10. <input type="checkbox"/> Ninguno 99. <input type="checkbox"/> No sabe	Cuántos años aprobados	
	2.		3.					
C.R.	a. Valor MENSUAL (\$)	b. Valor MENSUAL estimado (\$)	a. Valor MENSUAL estimado (\$)	C.R.	Número de orden	Años	C.R.	Cuántos años aprobados
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

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

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

- 1. 1. Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos
- 1. 2. Contarle cuentos o relatos
- 1. 3. Realizar actividades artísticas o manualidades
- 1. 4. Cantar
- 1. 5. Tocar algún instrumento musical
- 1. 6. Realizar juegos y rondas
- 1. 7. Salir al parque o zonas verdes
- 1. 8. Ver televisión
- 1. 9. Ir a cine o asistir a actividades o eventos culturales
- 1. 10. Realizar alguna actividad deportiva
- 1. 11. Hacer tareas o estudiar
- 1. 12. Juegos o actividades con dispositivos electrónicos (computador, tablet, consolas de videojuegos, etc.)
- 1. 13. Otra, ¿cuál?
- 2. 14. Ninguna

13. Otra, ¿cuál?

21. ¿Llevan a ... a control de crecimiento y desarrollo?

- 1. Sí → Cuántas veces lo llevaron en los ÚLTIMOS 12 MESES:
 → Pase a 23
- 2. No

C.R. Veces que lo llevaron en los ÚLTIMOS 12 MESES

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

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

11. Otra, ¿cuál?

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11	

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

<p>1. ¿... sabe leer y escribir?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>2. ¿... actualmente estudia (asiste al preescolar, escuela, colegio, o universidad)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → Pase a 6</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Si tiene 35 años y más pase a H4, o de lo contrario continúe.</p>	<p>3. ¿Cuál es la principal razón para que ... no estudie?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Considera que no está en edad de estudiar</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Considera que ya terminó</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Costos educativos elevados o falta de dinero</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Labores de la finca donde vive → Solo para Bogotá rural</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Debe encargarse de las labores domésticas o del cuidado de niño(a)s y otras personas del hogar (adultos mayores, discapacitados[as], etc.)</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Necesita trabajar o buscar trabajo</p> <p>7. <input type="checkbox"/> No le gusta o no le interesa el estudio</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Se casó o formó pareja</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Falta de cupos</p> <p>10. <input type="checkbox"/> No existe centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Necesita Educación Especial</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Por embarazo</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Por enfermedad</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál?</p> <p>C.R. 14. Otra razón, ¿cuál?</p>	<p>4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y el último año o grado aprobado en este nivel?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nivel</th> <th>Ultimo año o grado aprobado</th> <th></th> <th>Nivel</th> <th>Ultimo año o grado aprobado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ninguno</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} Pase a 27</td> <td>Especialización incompleta (sin título)</td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Preescolar</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Especialización completa (con título)</td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Básica primaria (1.º-5.º)</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maestría incompleta (sin título)</td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Básica secundaria (6.º-9.º)</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maestría completa (con título)</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Media (10.º-13.º)</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Doctorado incompleto (sin título)</td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Técnico</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Doctorado completo (con título)</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tecnológico</td> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Universitaria incompleta (sin título)</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Universitaria completa (con título)</td> <td>9</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>C.R. Último año o grado aprobado</p>		Nivel	Ultimo año o grado aprobado		Nivel	Ultimo año o grado aprobado	Ninguno	1	<input type="checkbox"/>	} Pase a 27	Especialización incompleta (sin título)	10 <input type="checkbox"/>	Preescolar	2	<input type="checkbox"/>	Especialización completa (con título)	11 <input type="checkbox"/>	Básica primaria (1.º-5.º)	3	<input type="checkbox"/>	Maestría incompleta (sin título)	12 <input type="checkbox"/>	Básica secundaria (6.º-9.º)	4	<input type="checkbox"/>	Maestría completa (con título)	13 <input type="checkbox"/>	Media (10.º-13.º)	5	<input type="checkbox"/>	Doctorado incompleto (sin título)	14 <input type="checkbox"/>	Técnico	6	<input type="checkbox"/>	Doctorado completo (con título)	15 <input type="checkbox"/>	Tecnológico	7	<input type="checkbox"/>			Universitaria incompleta (sin título)	8	<input type="checkbox"/>			Universitaria completa (con título)	9	<input type="checkbox"/>		
	Nivel	Ultimo año o grado aprobado		Nivel	Ultimo año o grado aprobado																																																		
Ninguno	1	<input type="checkbox"/>	} Pase a 27	Especialización incompleta (sin título)	10 <input type="checkbox"/>																																																		
Preescolar	2	<input type="checkbox"/>		Especialización completa (con título)	11 <input type="checkbox"/>																																																		
Básica primaria (1.º-5.º)	3	<input type="checkbox"/>		Maestría incompleta (sin título)	12 <input type="checkbox"/>																																																		
Básica secundaria (6.º-9.º)	4	<input type="checkbox"/>		Maestría completa (con título)	13 <input type="checkbox"/>																																																		
Media (10.º-13.º)	5	<input type="checkbox"/>		Doctorado incompleto (sin título)	14 <input type="checkbox"/>																																																		
Técnico	6	<input type="checkbox"/>		Doctorado completo (con título)	15 <input type="checkbox"/>																																																		
Tecnológico	7	<input type="checkbox"/>																																																					
Universitaria incompleta (sin título)	8	<input type="checkbox"/>																																																					
Universitaria completa (con título)	9	<input type="checkbox"/>																																																					

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

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

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

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

<p>10. ¿Este hogar tiene que pagar por transporte escolar para...?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>11. El establecimiento donde estudia ... es:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Oficial</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No oficial</p> <p style="margin-left: 20px;">↓</p> <p>Con subsidio del Estado <input type="checkbox"/></p> <p>Sin subsidio <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; width: fit-content;">Si H6= 5 a 10 pase a H17</div>	<p>12. ¿El establecimiento donde ... estudia está ubicado en:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Este municipio → Si es Bogotá, continúe; si es otro municipio pase a 15</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Fuera de este municipio</p> <p style="margin-left: 300px;">Pase a 15</p>			<p>13. ¿En qué localidad está ubicado? (solo para Bogotá urbano)</p> <p>Localidad _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; width: fit-content;">Si H13=«no sabe» pase a H15.</div>	<p>14. ¿Cuál es el nombre del establecimiento educativo?</p> <p style="text-align: center;">Pase a 16</p>		
C.R.	Valor MENSUAL pagado (\$)	C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código	Localidad	Nombre del establecimiento educativo

01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

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

<p>15. El establecimiento educativo está ubicado en:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> El centro urbano donde está la alcaldía</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo</p>	<p>16. ¿Cuál es la jornada?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Mañana</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tarde</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nocturna</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Completa</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Fin de semana</p>	<p>17. En un trayecto normal a su sitio de estudio, ¿cuáles medios de transporte utiliza ...:</p> <p>1. Transmilenio? (para Bogotá y 20 municipios de la sabana) 1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Buses del SITP? (para Bogotá y 20 municipios de la sabana) 1. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bus buseta o colectivo? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Automóvil de uso particular? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Taxi? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>6. Motocicleta? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>7. Bicicleta? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>8. Ruta escolar? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>9. A pie? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>10. Bus intermunicipal? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>11. Bicitaxi o mototaxi? 1. <input type="checkbox"/></p> <p>12. Caballo? (Solo para municipio) 1. <input type="checkbox"/></p> <p>13. Otro, ¿cuál? 1. <input type="checkbox"/></p>	<p>18. ¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida a su sitio de estudio (incluya tiempo de espera del medio de transporte y el tiempo en todos los medios utilizados)?</p>	<p>19. ¿Recibe ... en el establecimiento educativo, alimentos (desayunos, medias nueves, refrigerios, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>		
		13. Otro, ¿cuál?	Minutos	C.R.	Valor DIARIO pagado (\$)	Valor DIARIO estimado (\$)

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

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

20. Durante este AÑO ESCOLAR, ¿el hogar pagó:			21. ¿El MES PASADO el hogar gastó en útiles (papel, lápices, cuadernos, etc.), material escolar o fotocopias para ... ?		22. El MES PASADO ¿el hogar realizó otros pagos como: rifas, bingos, salidas pedagógicas, etc. en el establecimiento educativo para ... ?		23. Durante este AÑO escolar, ¿... recibió subsidio o beca en dinero o en especie para estudiar?							
1. Matrícula para...?	2. Libros, útiles escolares, uniformes y elementos de aseo para ...?:		3. Mantenimiento de equipos, sistematización de calificaciones para ...?	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"/> Mensual	2. <input type="checkbox"/> Bimestral	3. <input type="checkbox"/> Semestral	4. <input type="checkbox"/> Anual	
1. <input type="checkbox"/> Sí	1. <input type="checkbox"/> Sí		1. <input type="checkbox"/> Sí	1. <input type="checkbox"/> Sí	2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí	2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> Mensual	3. <input type="checkbox"/> Semestral	4. <input type="checkbox"/> Anual		
2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> No		2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> No										
C.R.	Valor pagado (\$)	C.R.	Valor pagado (\$)	C.R.	Valor pagado (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	1. En dinero	2. En especie		
											Valor (\$)	Frecuencia	Valor estimado (\$)	Frecuencia

01														
02														
03														

04														
05														
06														

07														
08														
09														

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

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

- 1. 1. Del mismo establecimiento educativo
- 1. 2. Del gobierno nacional
- 1. 3. Del gobierno departamental
- 1. 4. Del gobierno distrital o municipal
- 1. 5. Del ICETEX
- 1. 6. De otra entidad pública
- 1. 7. De la empresa pública donde usted o un(a) familiar trabajan
- 1. 8. De la empresa privada donde usted o un(a) familiar trabajan
- 1. 9. De otra entidad privada

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

1. Sí → Valor \$ _____ Frecuencia:

- 1. Mensual
- 2. Bimestral
- 3. Semestral
- 4. Anual

2. No → Pase a 27

C.R.	Valor (\$)	Frecuencia
------	------------	------------

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

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

26. ¿De quién(es) recibió ... el crédito educativo?	27. En su tiempo libre, ¿cuáles de las siguientes actividades realizó ... en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	28. Durante la SEMANA PASADA, ¿cuántas horas dedicó ... a:											
		1. Ver televisión?		2. Jugar videojuegos, chatear o navegar en internet por diversión?		3. Dormir?		4. Actividades de refuerzo académico (solo para personas estudiando)?		5. Actividades deportivas y artísticas?		6. Leer libros, revistas, periódicos, blogs, foros (impreso o digital)?	
		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	Lunes a viernes	Sábado a domingo
9. De otra entidad, ¿cuál?		Si tiene menos de 18 años continúe; si tiene 18 años o más pase a 32											
		Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas	Horas

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

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

<p>1. ¿Con qué frecuencia utiliza... computador de escritorio, portátil o tableta (en cualquier lugar)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Todos los días de la semana</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Al menos una vez a la semana, pero no cada día</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes, pero no cada semana</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Al menos una vez al año, pero no cada mes</p> <p>5. <input type="checkbox"/> No utiliza computador → Pase a 4 de escritorio, portátil o tableta</p>	<p>2. ¿En cuáles de los siguientes sitios usa ... computador?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. En la vivienda que habita</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. En el trabajo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. En el establecimiento educativo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. En un café internet o cabina → ¿Cuánto pagó el mes pasado? \$ _____</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5. Donde un pariente o amigo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 6. En un aula comunitaria digital</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 7. En otro sitio, ¿cuál?</p>	<p>3. ¿Para qué utiliza ... principalmente computador?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Para trabajar</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Para estudiar</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Para entretenimiento</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál?</p>	<p>4. ¿Con qué frecuencia utiliza ... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Todos los días de la semana</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Al menos una vez a la semana, pero no cada día</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes, pero no cada semana</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Al menos una vez al año, pero no cada mes</p> <p>5. <input type="checkbox"/> No utiliza internet</p>	<p>5. ¿Por qué motivo principal ... no usa internet?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Porque no lo conoce o no sabe usarlo</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Por falta de interés o porque no lo necesita</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Por costos</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Por problemas de conexión (acceso)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Por restricción de los padres o adultos</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál?</p>		
	4. Valor mensual pagado	7. Otro sitio, ¿cuál?	C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	6. Otro motivo, ¿cuál?

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

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

<p>6. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza ... para acceder a internet:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Computador de escritorio?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Computador portátil?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Tableta?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. Teléfono celular?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5. Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 6. Televisor inteligente?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 7. Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 8. Otro, ¿cuál?</p>	<p>7. ¿En cuáles de los siguientes sitios accede ... a internet?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. En la vivienda que habita</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. En el trabajo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. En la institución educativa</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. En centros de acceso público gratis</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5. En centros de acceso público con costo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 6. En la vivienda de otra persona (pariente, amigo[a], vecino[a])</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 7. En desplazamiento de un sitio a otro</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 8. Otro sitio, ¿cuál?</p>	<p>8. Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza ... internet:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Obtener información (excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Correo y mensajería</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Redes sociales</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. Comprar/ordenar productos o servicios</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5. Banca electrónica y otros servicios financieros</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 6. Educación y aprendizaje</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 7. Trámites con organismos gubernamentales</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 8. Actividades de entretenimiento (juegos, bajar música, etc.)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 9. Consulta de medios de comunicación (televisión, radio, periódicos, revistas, medios digitales, etc.)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 10. Otro, ¿cuál?</p>	<p>9. Cuando se le presentan dudas o inconvenientes con el uso de dispositivos electrónicos (computador, tableta, reproductor) o internet, ¿a quién recurre?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Soporte técnico del proveedor</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Familiares y amigos(as)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Compañeros(as) de trabajo o estudio</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 4. No recurre a nadie</p>
8. Otro, ¿cuál?	8. Otro sitio, ¿cuál?	10. Otro, ¿cuál?	

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

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

<p>10. ¿ ... tiene teléfono celular?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p style="text-align: right;">1. Sí 2. No</p> <p style="padding-left: 20px;">Teléfono celular convencional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Teléfono celular inteligente (smartphone) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 12</p>	<p>11. El MES PASADO, ¿cuánto pagó ... por el servicio de telefonía celular (Incluya voz y datos)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Líneas prepago Valor MENSUAL \$</p> <p style="padding-left: 100px;">} → Pase a 13</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Líneas pospago Valor MENSUAL \$</p>	<p>12. ¿A pesar de no tener teléfono celular, ... accede al servicio de telefonía móvil celular:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sí</p> <p style="padding-left: 20px;">Accede por:</p> <p style="padding-left: 40px;">1. <input type="checkbox"/> 1. Servicio de venta de minutos</p> <p style="padding-left: 40px;">1. <input type="checkbox"/> 2. Prestado ocasionalmente por otra persona</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No</p> <div style="border: 1px solid gray; background-color: #f0f0f0; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> Si tiene 10 años y más pase a 14, si tiene menos de 10 años TERMINE LA ENCUESTA. </div>					
C.R.	celular convencional	celular inteligente	C.R.	Valor MENSUAL \$ Líneas prepago	Valor MENSUAL \$ Líneas pospago	C.R.	Accede por:

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

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

<p>1. De las siguientes organizaciones, ¿a cuál(es) pertenece ...?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Organización religiosa, fe o grupo de oración</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Organización artística (música, danza, teatro, etc.)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Organización deportiva, social o de recreación</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. Asociación de padres familia, exalumno(a)s</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5. Cooperativa o asociación de productore(a)s o comerciantes</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 6. Organización ambientalista, de atención en salud o de caridad</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 7. Grupo o partido político</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 8. Organización de propiedad horizontal</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 9. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 10. Asociación profesional, cámara, gremio o sindicato</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 11. Grupos urbanos (metaleros, skinheads, emos, entre otros)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 12. Organización étnica (autoridad indígena, grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, Rom)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 13. Grupo de adultos mayores</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 14. Organizaciones LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 15. Asociación de acueducto veredal (Solo para rural)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 16. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones → Pase a 6</p>	<p>2. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... ha participado en reuniones o ha tenido contacto con dicha(s) organización(es)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 7</p>	<p>3. Dentro de la organización a la que más tiempo le dedica, ¿... lidera, promueve o es tomador(a) de decisiones?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>4. Esa organización es de carácter:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Local (municipal)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Regional</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nacional</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Internacional</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No sabe, no responde</p>
01	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
02	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
03	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
04	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
05	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
06	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
07	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
08	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		
09	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		

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

<p>5. ¿Cuántas personas conforman esa organización?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Menos de 5 personas</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Entre 5 y menos de 20 personas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Entre 20 y menos de 50 personas</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 50 personas o más</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No sabe, no responde</p>	<p>6. ¿Por qué razón principal no pertenece a alguna organización?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Porque no le genera confianza</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Porque no conoce quién la lidera</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Porque no conoce organizaciones</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Porque es costoso participar</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Porque no le interesa o no le ve utilidad</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Porque no lo(a) han invitado</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Por falta de tiempo</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál?</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No sabe, no responde</p>	<p>7. ¿A quién recurre ... cuando tiene problemas económicos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Familiares de otro hogar</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Vecino(a)s o amigo(a)s</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Personas del hogar</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. Compañero(a)s de trabajo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5. Banco, cooperativa de ahorro</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 6. Iglesia, congregación o grupo espiritual</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 7. Compraventa, prestamista</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 8. Otro, ¿cuál?</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 9. No tiene a quién recurrir</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 10. A nadie</p>	<p>8. ¿Quién ayuda a ... cuando tiene problemas personales?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1. Alguien del hogar</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. Familiares de otro hogar</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 3. Vecino(a)s o amigo(a)s</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 4. Compadres o comadres</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5. Un(a) profesional especializado(a)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 6. Compañero(a)s de trabajo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 7. Iglesia, congregación o grupo espiritual</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 8. No tiene quien le ayude</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 9. Nadie, lo soluciona solo</p>
<p>→ Pase a 7</p>		<p>8. Otro, ¿cuál?</p>	<p>8. Otro, ¿cuál?</p>
<p>C.R.</p>		<p>Si tiene 15 años o más continúe; de lo contrario, termine capítulo</p>	

01			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
02			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
03			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
04			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
05			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
06			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
07			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
08			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
09			<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5																						
6	7	8	9	10	11																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	

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

<p>9. En una escala de 0 a 10, donde 0 es «nada satisfecho» y 10 es «muy satisfecho», ¿qué tan satisfecho(a) está usted con ...</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Su vida</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Su vivienda</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Su ingreso</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Su salud</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Su trabajo</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Su seguridad en los sitios que frecuenta</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Sus amigos</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Sus relaciones familiares</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Su educación</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Su posibilidad de tomar decisiones y tener control sobre su propia vida</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Su barrio o comunidad</p>	<p>10. En una escala de 0 a 10, donde 0 es «nada feliz» y 10 «muy feliz», ¿el día de ayer qué tan feliz se sintió?</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Muy feliz</p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nada feliz</p>	<p>11. En una escala de 0 a 10, donde 0 es «nada preocupado» y 10 «muy preocupado», ¿el día de ayer qué tan preocupado se sintió?</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Muy preocupado</p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nada preocupado</p>	<p>12. En una escala de 0 a 10, donde 0 es «nada enojado» y 10 «muy enojado», ¿el día de ayer qué tan enojado se sintió?</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Muy enojado</p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nada enojado</p>	<p>13. Imagine una escalera con escalones numerados de 0 a 10, donde cero es el escalón más bajo y 10, el escalón más alto.</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center;">El más alto representa la mejor vida que usted podría tener y el más bajo, la peor.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> ¿En cuál escalón diría usted que se encuentra parado(a) en este momento?</p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>0. <input type="checkbox"/></p>	
Escala		Escala		Escala	Escala

01	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
02	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
03	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
04	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
05	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
06	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
07	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
08	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
09	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

<p>1. ¿En qué actividad ocupó ... la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Trabajando → Pase a 14</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Buscando trabajo</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Estudiando</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Oficios del hogar</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Incapacitado(a) permanente para trabajar → Pase a 51</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Otra actividad, ¿cuál?</p>	<p>2. Además de lo anterior, ¿... realizó la SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → Pase a 14</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>3. Aunque ... no trabajó la SEMANA PASADA por una hora o más en forma remunerada, ¿tenía durante esa SEMANA algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → Pase a 14</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>4. ¿... trabajó la SEMANA PASADA en un negocio por una hora o más, sin que le pagaran?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → Pase a 14</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 7</p>	<p>6. ¿Qué hizo principalmente en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS... para conseguir un trabajo o instalar un negocio?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a familiares, amigos(as) o colegas</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Buscó información con amigos(as), colegas o familiares</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadore(a)s</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Puso o consultó avisos clasificados</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Se presentó a convocatorias</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Hizo preparativos para iniciar un negocio</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Utilizó el servicio público de empleo del SENA</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Buscó en internet</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Otro medio, ¿cuál?</p>
<p>C.R. 6. Otra actividad, ¿cuál?</p>					<p>C.R. 10. Otro medio, ¿cuál?</p>

→ Pase a 13

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

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

<p>7. ¿Desea ... conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 51</p>	<p>8. Aunque ... desea trabajar, ¿por qué motivo principal no hizo diligencias para buscar un trabajo o instalar un negocio, en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Ya encontró trabajo → Pase a 13</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No hay trabajo disponible en la ciudad o región/No encuentra trabajo en su oficio o profesión</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Está esperando que le llamen o esperando temporada alta</p> <p>4. <input type="checkbox"/> No sabe cómo buscarlo</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Está cansado(a) de buscar</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Carece de la experiencia necesaria</p> <p>7. <input type="checkbox"/> No tiene recursos para instalar un negocio</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Los empleadores le consideran muy joven o muy viejo(a)</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Usted se considera muy joven o muy viejo(a)</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Responsabilidades familiares</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Problemas de salud</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Está estudiando</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Otro motivo, ¿cuál?</p> <p style="text-align: right;">→ Pase a 51</p>	<p>9. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... trabajó por lo menos DOS SEMANAS consecutivas?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 11</p>	<p>10. Después de su ÚLTIMO empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → Pase a 12</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 51</p>	<p>11. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No → Pase a 51</p>
C.R.	13. Otro motivo, ¿cuál?			

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

K.1. OCUPADOS(AS): ASALARIADO(A)S

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

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

K.1. OCUPADOS(AS): ASALARIADO(A)S

<p>23. Antes de descuentos (salud, ARL, pensión, retención), ¿cuánto ganó ... el MES PASADO en este empleo (incluya propinas y comisiones y excluya viáticos y pagos en especie)?</p>	<p>24. ¿El MES PASADO recibió ingresos por concepto de horas extras?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → 1.1. ¿Cuánto recibió? \$ _____</p> <p>1.2. ¿Incluyó este valor en los ingresos del MES PASADO que me reportó anteriormente? → 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No sabe, no informa</p>		<p>Además del salario en dinero, el MES PASADO ... recibió:</p>						
	1.1.	1.2.	<p>25. ¿Alimentos como parte de pago por su trabajo?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>26. ¿Vivienda como parte de pago por su trabajo?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>27. ¿Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>				
Valor MENSUAL (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	C.R.	Valor MENSUAL estimado (\$)	C.R.	Valor MENSUAL estimado (\$)	C.R.	Valor MENSUAL estimado (\$)

01									
02									
03									

04									
05									
06									

07									
08									
09									

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

K.1. OCUPADOS(AS): ASALARIADO(A)S

28. ¿Normalmente ... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus, automóvil), particular u oficial?		El MES PASADO, ... recibió:									
		29. ¿Subsidio de alimentación en dinero?		30. ¿Auxilio de transporte en dinero?		31. ¿Subsidio familiar en dinero?		32. ¿Subsidio educativo en dinero?		33. ¿Primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero?	
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		1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No	
C.R.	Valor MENSUAL estimado (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)						
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

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

K.1. OCUPADOS(AS): ASALARIADO(A)S

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

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

K.1. OCUPADOS(AS): ASALARIADO(A)S

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

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

Después de diligenciar pase a 38

01	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

04	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

07	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

K1. OCUPADOS(AS): INDEPENDIENTES

36. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de ... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO?	37. ¿A cuántos meses corresponde el pago?
Ganancia neta u honorarios netos (\$)	Número de meses

K1. OCUPADOS(AS): ASALARIADOS(AS), INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES(AS) SIN REMUNERACIÓN

38. ¿Cuánto tiempo lleva ... trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?	39. ¿Cuántas horas a la SEMANA trabaja normalmente ... en ese trabajo?	
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.	Si son 40 horas o más pase a 41; si son menos de 40 horas, continúe.	
1. Número de años	2. Número de meses	Número de horas

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

K.1. OCUPADOS(AS): ASALARIADOS(AS), INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES(AS) SIN REMUNERACIÓN

<p>40. ¿Cuál es la razón por la que trabaja normalmente menos de 40 horas a la SEMANA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Es lo único que ha conseguido pero quiere trabajar más horas</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Es la jornada que se ajusta a sus necesidades</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál?</p>	<p>41. ¿Cuántas horas trabajó durante la SEMANA PASADA en este trabajo?</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Si las horas en 41 son mayores o iguales a las horas en 39, pase a 43; si la horas en 41 son menores a las horas en 39, continúe.</p>	<p>42. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la SEMANA PASADA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Enfermedad, permiso o licencia</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Festivos</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Vacaciones</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Capacitación</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Suspensión o terminación del empleo</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Reducción de la actividad económica de la empresa</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál?</p>	<p>43. ¿... está afiliado por una empresa o individualmente a una Aseguradora de Riesgos Laborales, ARL (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>44. ¿Cuántas personas, incluido(a) ..., tiene la empresa o negocio donde trabaja?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Trabaja solo(a)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 2 a 3 personas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 4 a 5 personas</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 6 a 10 personas</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 11 a 19 personas</p> <p>6. <input type="checkbox"/> 20 a 30 personas</p> <p>7. <input type="checkbox"/> 31 a 50 personas</p> <p>8. <input type="checkbox"/> 51 a 100 personas</p> <p>9. <input type="checkbox"/> 101 o más personas</p>
<p>C.R. 3. Otra razón, ¿cuál?</p>	<p>Horas</p>	<p>C.R. 7. Otra razón, ¿cuál?</p>		

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

<p>52. ¿Está ... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?</p> <div style="border: 1px solid gray; background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin: 5px 0;"> Formule esta pregunta solo para personas de 15 años y más. </div> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ya es pensionado</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> } Pase a 54 </div>	<p>53. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente?:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Colpensiones</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Cajas de previsión</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Fuerzas Militares o Policía Nacional</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Magisterio</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Ecopetrol</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Fondo subsidiado Colombia Mayor (Prosperar)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> No sabe</p>	<p>54. El MES PASADO, ¿... recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>55. El MES PASADO, ¿... recibió algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos[as] menores de 18 años (incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>
		C.R. Valor (\$)	C.R. Valor (\$)

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

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

<p>56. EL MES PASADO, ¿... recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>57. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>58. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... recibió algún ingreso por concepto de ayudas en dinero proveniente de otros hogares o instituciones (padres, hijos[as], familiares, amigos[as])?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí → El dinero provino de:</p> <p style="margin-left: 20px;">1. <input type="checkbox"/> Fuera del país</p> <p style="margin-left: 20px;">2. <input type="checkbox"/> Dentro del país</p> <p style="margin-left: 20px;">3. <input type="checkbox"/> Ambas partes</p> <p style="margin-left: 20px;">Valor recibido \$ _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>	<p>59. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿... recibió dinero por venta de propiedades (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>
C.R.	C.R.	C.R.	C.R.
Valor (\$)	Valor (\$)	Valor recibido (\$)	Procedencia del dinero
Valor (\$)	Valor (\$)	Valor (\$)	Valor (\$)

01					
02					
03					

04					
05					
06					

07					
08					
09					

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

1. ¿Quién contesta el capítulo?

1. Jefe(a) de hogar
2. Cónyuge

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

- | | Sí | No |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Atracos o robos | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 2. Homicidios o asesinatos | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 3. Secuestros o desapariciones | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 4. Extorsión o chantaje | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 5. Desplazamiento forzado | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |

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

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Muy buenas | 4. <input type="checkbox"/> Malas |
| 2. <input type="checkbox"/> Buenas | 5. <input type="checkbox"/> Muy malas |
| 3. <input type="checkbox"/> Regulares | |

4. Con relación al hogar donde usted se crio, 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 12 MESES, ¿cuáles de los siguientes problemas se han presentado en su hogar:

- | | Sí | No |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Enfermedad grave? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 2. Muerte de alguna persona integrante del hogar? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 3. Separación de la pareja? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 4. Adicción a sustancias psicoactivas o alucinógenas? | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |

Para Bogotá urbano continúe, Bogotá rural pase a 7b, si es municipio pase a 7a

7. Entre el año 2014 y el momento actual, ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes equipamientos?:

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

Pase a 8

7a. Entre el año 2014 y el momento actual, ¿cree que el municipio ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes equipamientos?:

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

Pase a 8a

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

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

Pase a 8b

8. Entre el año 2014 y el momento actual, ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos?:

- | | Mejor | Igual | Peor | No sabe |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Atención en las oficinas públicas del distrito | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| 2. 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"/> |
| 3. Educación pública | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| 4. Transporte público urbano | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| 5. Programas de alimentación y nutrición | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| 6. Respeto a los derechos humanos | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| 7. Igualdad de oportunidades para las mujeres | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| 8. Igualdad de oportunidades para las personas mayores | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| 9. 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"/> |
| 10. Igualdad de oportunidades para los grupos LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales) | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |

Pase a 9

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

8a. Entre el año 2014 y el momento actual, ¿cree que el municipio ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos?:

	Mejor	Igual	Peor	No sabe
1. Atención en las oficinas públicas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
2. 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"/>
3. Educación pública	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
4. Transporte público urbano	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
5. Programas de alimentación y nutrición	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
6. Respeto a los derechos humanos	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
7. Igualdad de oportunidades para las mujeres	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
8. Igualdad de oportunidades para las personas mayores	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. Igualdad de oportunidades para los grupos LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>

Pase a 9a

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

	Muy bueno	Bueno	Malo	Muy malo	No aplica	No sabe
1. Atención en las oficinas públicas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
2. Vigilancia, seguridad y reacción oportuna y eficiente de la policía	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
3. Educación pública	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
4. Transporte público urbano	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
5. Programas de alimentación y nutrición	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
6. Respeto a los derechos humanos	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
7. Igualdad de oportunidades para las mujeres	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
8. Igualdad de oportunidades para los adultos mayores	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
9. Igualdad de oportunidades para la población en condición de discapacidad	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
10. Igualdad de oportunidades para los grupos LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>

Pase a 9b

9. Entre el año 2014 y el momento actual, ¿cree que la ciudad ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos ambientales?:

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

Pase a 10

9a. Entre el año 2014 y el momento actual ¿cree que el municipio ha mejorado, empeorado o se mantiene igual, en cada uno de los siguientes aspectos ambientales?:

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

Pase a 10

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

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

10. Los ingresos de su hogar:

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

11. ¿Usted se considera pobre?

1. Sí
2. No

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

	Sí	No	¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?	¿Cuánto recibieron en los últimos 12 meses?
1. Familias en acción	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
2. Programa para adultos mayores	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
3. Subsidio de TransMilenio/SITP (solo para Bogotá)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
4. Otro, ¿cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

¿Cuáles? _____

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

1. Sí
2. No

14. ¿En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar?

1. Sí
2. No

L. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (Conclusión)

(Para jefe[a] de hogar o su cónyuge)

15. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?

1. Sí

2. No

16. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable?

1. Sí

2. No

17. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

1. Sí

2. No

18. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

1. Sí

2. No

19. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?

1. Sí

2. No

20. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?

1. Sí

2. No

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

1. Sí

2. No

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

22. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación saludable?

1. Sí

2. No

23. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

1. Sí

2. No

24. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

1. Sí

2. No

25. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?

1. Sí

2. No

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

1. Sí

2. No

27. En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?

1. Sí

2. No

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

1. Sí

2. No

Observaciones:

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

M.2. OTROS GASTOS. GASTOS SEMANALES

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

Observaciones:

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

M.2. OTROS GASTOS. GASTOS MENSUALES

7. ¿Durante el PASADO MES de _____, las personas de este hogar gastaron dinero en uno o más de los siguientes artículos o servicios?:			8. ¿Durante el PASADO MES de _____ las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?		
	7.1. Sí/No 1. Sí 2. No → <small>Siguiente artículo o servicio</small>	7.2. ¿Cuál fue el valor total gastado en _____ durante el PASADO MES de _____?	8.1. Sí/No 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No → <small>Pase a 9</small>	8.2. ¿En cuánto estima el valor de _____ obtenido?	8.3. ¿Cómo lo obtuvieron? 1. Tomado de un negocio del hogar 2. Recibido como pago por trabajo 3. Regalado 4. Por intercambio o trueque
ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)	Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
1. Artículos para el aseo del hogar como jabones, detergentes, desinfectantes, ceras, servilletas, etc.	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Artículos para el aseo personal como cremas dentales, jabones, champú, papel higiénico, desodorantes, etc.	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Lavado y planchado de ropa fuera del hogar	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Corte de pelo, manicure, otros	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dinero enviado a otras personas u hogares	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Diversiones y entretenimiento (espectáculos, discotecas, deporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Servicio doméstico interno y por días	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Observaciones:

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

M.2. OTROS GASTOS. GASTOS TRIMESTRALES

ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
		Contado	Crédito			
1. Ropa y calzado para hombre, mujer, niño y niña	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Reparación de ropa y calzado para hombre, mujer, niño y niña	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Libros, discos, CD y DVD	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Tela y elementos de costura para vestuario u otros usos	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Pasajes de bus intermunicipal en viajes con fines familiares o recreativos	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Observaciones:

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

M.2. OTROS GASTOS. GASTOS ANUALES

11. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES de ____ a ____, las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios?:				12. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?		
ARTÍCULOS O SERVICIOS	11.1. Sí/No	11.2. ¿Cuál fue el valor gastado en _____ durante los ÚLTIMOS 12 MESES?		12.1. Sí/No	12.2. ¿En cuánto estima el valor de obtenido?	12.3. ¿Cómo lo obtuvieron?
	1. Sí 2. No → <small>Siguiente artículo o servicio</small>	Contado	Crédito	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No → <small>Termine la encuesta</small>	Valor estimado (\$)	1. Tomado de un negocio del hogar 2. Recibido como pago por trabajo 3. Regalado 4. Por intercambio o trueque
	Código de respuesta	Valor gastado (\$)		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
1. Muebles para el hogar (sala, comedor, camas, etc.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Nevera, estufa, TV, DVD, lavadora, brilladora, horno y otros aparatos electrodomésticos y gasodomésticos	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Arreglo y mantenimiento de electrodomésticos y gasodomésticos (nevera, estufa, lavadora, TV, brilladora, etc.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Computador y accesorios para computador: monitor, impresora, escáner, etc.	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Vehículos o motos para uso del hogar	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Anillos, relojes y otros artículos de joyería, artesanías, porcelanas, etc.	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Reparación, repuestos y mantenimiento de vehículo y moto para uso del hogar	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. Consolas para juegos electrónicos (Play Station, Nintendo, Xbox, PSP) y reproductores digitales de música (MP3, MP4, Ipod, etc.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Colchones, cobijas, manteles y ropa de cama	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Ollas, vajillas, cubiertos y otros utensilios domésticos	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

M.2. OTROS GASTOS. GASTOS ANUALES

11. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES de ____ a ____, las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios?:				12. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES las personas de este hogar obtuvieron uno o más de los anteriores artículos o servicios sin tener que pagarlos?		
	11.1. Sí/No 1. Sí 2. No → <small>Siguiente artículo o servicio</small>	11.2. ¿Cuál fue el valor gastado en _____ durante los ÚLTIMOS 12 MESES?		12.1. Sí/No 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No → <small>Termine la encuesta</small>	12.2. ¿En cuánto estima el valor de obtenido? _____	12.3. ¿Cómo lo obtuvieron? 1. Tomado de un negocio del hogar 2. Recibido como pago por trabajo 3. Regalado 4. Por intercambio o trueque
ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
		Contado	Crédito			
11. Compra de celulares	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12. Impuesto predial	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13. Impuesto de vehículos o motos para uso del hogar	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Impuesto de renta y complementarios	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15. Pago de hoteles u hospedajes en viajes de vacaciones	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
16. Pasajes de avión en viajes de vacaciones	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
17. Compra y sostenimiento de mascotas	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18. Pasajes terrestres en viajes de vacaciones	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
19. Seguros contra incendio o robo de la vivienda que ocupa el hogar	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20. Seguros de vehículos o motos de uso del hogar	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

M. GASTOS DEL HOGAR (Para todos los hogares de la vivienda) (Conclusión)

M.2. OTROS GASTOS. GASTOS TRIMESTRALES (Conclusión)

ARTÍCULOS O SERVICIOS	Código de respuesta	Valor gastado (\$)		Código de respuesta	Valor estimado (\$)	Código de respuesta
		Contado	Crédito			
21. Cuadros y obras originales de arte	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Cuotas extraordinarias de administración o comunitarias por la vivienda que ocupa el hogar	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Reparación y mantenimiento de la vivienda que ocupa el hogar (plomaría, resanes, pintura, electricidad, etc.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Compra y sostenimiento de animales para cría y levante (reses, cerdos, cabras, aves) Solo Bogotá rural y municipios	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25. Insumos para actividades agrícolas del hogar Solo Bogotá rural y municipios	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____		\$ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Observaciones:



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia

Diseño, diagramación e impresión
GIT Área de Comunicación
Departamento Administrativo Nacional de Estadística
2017