



# ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2008

## CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA INGRESO DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE



### CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604  
Y DECRETO SUPREMO 043 -2001 - PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

ENAH0.04

CONGLOMERADO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA	TIPO DE SELECCIÓN

Actividad Principal ..... 1

Actividad Secundaria ..... 2

CUESTIONARIO N°	Cuestionari o Adicional
	1

#### UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. DEPARTAMENTO	
2. PROVINCIA	
3. DISTRITO	
4. CENTRO POBLADO	

#### UBICACIÓN MUESTRAL

5. ZONA N°		10. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA	
6. MANZANA N°			
7. AER N°		11. HOGAR N°	
8. VIVIENDA N°			

Persona N°		Nombre:		INFORMANTE N°	
------------	--	---------	--	---------------	--

### 10. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO

#### 1A. ¿EL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO QUE UD. DIRIGE SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO:

Persona natural?  
(con RUC, RUS, REIR)..... 1

Persona jurídica?  
(EIRL, SAA, SAC, otras personerías  
jurídicas) ..... 2

NO ESTÁ REGISTRADO?..... 3

(\*) Capte los ingresos en el capítulo 500.

Concluya la  
entrevista  
(\*)

#### 1B. ¿UD. LLEVA LAS CUENTAS DE SU NEGOCIO O ACTIVIDAD:

Por medio de libros o sistema de contabilidad  
completa? ..... 1

Por medio de libros de ingreso y gastos exigidos  
por la SUNAT? ..... 2

Por medio de apuntes, registros o anotaciones  
personales? ..... 3

NO LLEVA CUENTAS ..... 4

#### 2. UD. DESEMPEÑÓ SU NEGOCIO O ACTIVIDAD:

¿Como ambulante? ..... 1

¿En el domicilio de los clientes? ..... 2

¿En vehículo para transporte de  
personas o mercaderías? ..... 3

¿En puesto improvisado en la vía  
pública? ..... 4

¿En puesto improvisado en mercado  
Público? ..... 5

¿En puesto fijo en la vía pública? ..... 6

¿En local fijo en mercado público (tienda,  
estand)? ..... 7

¿En taller, tienda, restaurante, hotel,  
oficina, consultorio, etc.? ..... 8

¿En su taller comercial dentro de su  
vivienda y en una habitación de uso  
exclusivo? ..... 9

¿Dentro de las habitaciones de su  
vivienda? ..... 10

¿Otro? ..... 11

(Especifique)

PASE  
A 5A

#### 3. ¿UD. REALIZA SU NEGOCIO O ACTIVIDAD EN UN LOCAL:

Propio? (propietario) ..... 1

Alquilado? ..... 2

Prestado? ..... 3

Otro? ..... 4

(Especifique)

#### 4A. ¿SU LOCAL O ESTABLECIMIENTO CUENTA CON:

	Sí	No	ES DE USO:		
			¿EXCLU- SIVO?	¿COMPARTIDO?	
				Hogar	Otro Establecimiento
1. Agua potable?..	1	2	1	2	3
2. Desagüe?.....	1	2	1	2	3
3. Electricidad? ....	1	2	1	2	3
4. Teléfono?.....	1	2	1	2	3
5. Internet?.....	1	2	1	2	3

#### 5A. ¿CUÁL ES EL MOTIVO POR EL CUAL INICIÓ ESTE NEGOCIO O ACTIVIDAD?

(Acepte sólo una alternativa)

No encontró trabajo asalariado..... 1

Obtiene ingresos / mayores ingresos ..... 2

Quiere ser independiente ..... 3

Por tradición familiar ..... 4

Por necesidad económica ..... 5

Otro ..... 6

(Especifique)

#### 6. ¿CUÁNTO TIEMPO TRABAJA UD. EN SU NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO?

Años	
Meses	

#### 8A. ¿CUÁNTAS PERSONAS (INCLUYÉNDOLO A UD.) TRABAJAN EN ESTE NEGOCIO?

Total	
Trabajadores Remunerados	
Dueño del negocio (+) Trabajadores No Remunerados	

9A. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE .....  
A ....., ¿CUÁNTOS MESES FUNCIONÓ SU  
NEGOCIO?

Meses

Recién inició su negocio..... 1

13. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDAD  
REALIZÓ EN SU NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO?  
(Acepte una o dos alternativas)

Producción / extracción (pesca,  
minas, etc.) de algún bien ..... 1 →

PASE A 14A

Compra y venta de mercaderías . 2 →

PASE A 17A

Prestación de servicios..... 3 →

PASE A 20A

## 20. PRODUCCIÓN / EXTRACCIÓN

### A. VENTAS

14A. EN EL MES ANTERIOR, DE LO QUE UD. PRODUCE / EXTRAE, ¿A CUÁNTO ASCENDIERON SUS VENTAS TOTALES?

VENTA TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

Indique sus ventas por productos principales:

Nombre del Producto		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4	Otros Productos								
VENTA TOTAL MENSUAL									

### B. AUTOCONSUMO

15A. EN EL MES ANTERIOR, DE LO QUE UD. PRODUCE / EXTRAE, ¿CONSUMIERON EN EL HOGAR?

SI..... 1 →

NO..... 2 →

PASE A 16A

Indique el valor en soles (S/.) de los bienes que consumieron en el hogar

AUTOCONSUMO TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

### C. GASTO EN MATERIA PRIMA E INSUMOS

16A. EN EL MES ANTERIOR, PARA LOS BIENES PRODUCIDOS QUE UD. VENDIÓ Y DESTINÓ AL CONSUMO DE SU HOGAR, ¿CUÁNTO FUE EL GASTO REALIZADO EN MATERIA PRIMA E INSUMOS?

GASTO TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

Indique sus gastos por insumos principales:

Nombre del Insumo (Materia Prima)		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4									
5	Otros Insumos								
GASTO TOTAL MENSUAL									

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta N° 13:

\* Si sólo tiene registrado el código 1 →  
\* Si tiene más de un código circulado, continúe con  
pregunta 17A ó 20A según corresponda.

PASE A 23A

## 30. COMERCIO

### A. VENTAS

17A. EN EL MES ANTERIOR, DE LA ACTIVIDAD COMERCIAL QUE UD. REALIZA, ¿A CUÁNTO ASCENDIERON SUS VENTAS TOTALES?

VENTA TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

Indique sus ventas por productos principales:

Nombre del Producto		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4									
5	Otros Productos								
VENTA TOTAL MENSUAL									

### B. AUTOSUMINISTRO

18A. EN EL MES ANTERIOR, DE LOS PRODUCTOS QUE UD. VENDE, ¿CONSUMIERON EN EL HOGAR?

SI..... 1 

NO..... 2 

PASE A 19A

Indique el valor en soles (S/.) de los productos que consumieron en el hogar.

AUTOSUMINISTRO TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

### C. COMPRA DE MERCADERÍAS

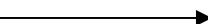
19A. PARA LOS PRODUCTOS COMERCIALES QUE UD. VENDIÓ Y DESTINÓ AL CONSUMO DE SU HOGAR, ¿CUÁNTO FUE EL GASTO TOTAL EN LA COMPRA DE ARTÍCULOS O MERCADERÍAS?

GASTO TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

Indique sus gastos por productos principales:

Nombre del Producto		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4									
5	Otros Productos								
GASTO TOTAL MENSUAL									

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta N° 13:

- \* Si sólo tiene registrado el código 2 
- \* Si tiene más de un código circulado, continúe con pregunta 14A ó 20A según corresponda.

PASE A 23A

## 40. SERVICIOS

### A. INGRESOS TOTALES

**20A. EN EL MES ANTERIOR, DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ¿A CUÁNTO ASCENDIERON SUS INGRESOS TOTALES?**

	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
INGRESO TOTAL MENSUAL								

Indique sus ingresos por servicios (productos) principales:

Nombre de Servicio Prestado		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4	Otros Servicios								
INGRESO TOTAL MENSUAL									

### B. AUTOSUMINISTRO

**21A. EN EL MES ANTERIOR, DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ¿HICIERON USO DE ESTOS SERVICIOS EN EL HOGAR?**

SI..... 1 NO..... 2 PASE A 22A

Indique el valor en soles (S/.) de los servicios autosuministrados por el hogar.

	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
AUTOSUMINISTRO TOTAL MENSUAL								

### C. GASTOS

**22A. DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ¿CUÁNTO FUE SU GASTO TOTAL?**

	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
GASTO TOTAL MENSUAL								

Indique sus gastos por insumos principales:

Nombre del Insumo		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4	Otros Insumos								
GASTO TOTAL MENSUAL									

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta N° 13:

- \* Si sólo tiene registrado el código 3
- \* Si tiene más de un código circulado, continúe con pregunta 14A ó 17A según corresponda.

PASE A 23A

## 50. OTROS GASTOS

### 23A. OTROS GASTOS EN EL MES ANTERIOR:

Descripción	Frecuencia	Monto S/.	Monto Mensual S/. (Enteros)
A) Envases y embalajes			
B) Combustible (kerosene, gasolina, gas, carbón)			
C) Electricidad			
D) Agua			
E) Teléfono			
F) Internet			
G Gastos en alquiler del local			
H) Mantenimiento			
I) Reparaciones			
J) Alquiler de maquinaria			
K) Alquiler de almacén			
L) Transporte (pasajes y fletes)			
M) Servicios profesionales			
N) Gastos financieros, mantenimiento de cuenta (amortización, interés y moras)			
O) Otros gastos (guardianía, limpieza, publicidad, capacitación de trabajadores, aportes a la seguridad social, etc.) _____ (Especifique)			
<b>SUB TOTAL GASTO MENSUAL</b>			

P) Impuestos (licencia municipal, Sisa y otros, etc., excluya IGV e ISC)			
<b>TOTAL GASTO MENSUAL</b>			

#### Frecuencia:

Mensual ..... 1    Trimestral ..... 3    Anual ..... 5  
 Bimestral ..... 2    Semestral ..... 4

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta 8A, si el total es > 1 continúe con la pregunta 24A. De lo contrario, pase a la pregunta 25.

### 24A. CARACTERÍSTICAS DE LA MANO DE OBRA Y EL EMPLEO (Exceptúe al informante seleccionado)

A. Nº	B. Sexo		C. Edad en Años Cum- plidos	D. Nivel educativo	E. ¿Cuánto tiempo trabaja en este negocio?		F. Horas trabajadas en la semana pasada	G. Remuneración bruta mensual (horas extras, bonificaciones, etc.)	H. ¿Cuenta con seguro de salud en este trabajo?		I. ¿Es familiar del empleador?	
	Hombre	Mujer		Código	Años	Meses	(Enteros)	(Enteros) S/.	Si	No	Si	No
1	1	2							1	2	1	2
2	1	2							1	2	1	2
3	1	2							1	2	1	2
4	1	2							1	2	1	2
5	1	2							1	2	1	2
6	1	2							1	2	1	2
7	1	2							1	2	1	2
8	1	2							1	2	1	2
9	1	2							1	2	1	2
10	1	2							1	2	1	2

#### NIVEL EDUCATIVO:

Sin nivel ..... 1    Secundaria ..... 4  
 Educación inicial ..... 2    Sup. no universitaria ..... 5  
 Primaria ..... 3    Sup. universitaria ..... 6

Costo Total Mensual en Mano de Obra S/.

## 25. HOJA DE CONTROL:

**Encuestador:** Anote los montos según corresponda para verificar que el resultado de:

Total A (+) Total B (-) Total C (-) Gasto en M.O. (-) Gasto en Cap.50 = **POSITIVO**

BALANCE				
	PRODUCCIÓN S/.	COMERCIO S/.	SERVICIO S/.	TOTAL S/.
TOTAL A (+)				(+)
TOTAL B (+)				(+)
TOTAL C (-)				(-)
Sub Total				
Gastos en Mano de Obra (M.O.) (-)				
Total Gasto Mensual Cap. 50 (-)				
TOTAL GANANCIA NETA				S/.

## 60. MODULO: CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DE LA ACTIVIDAD INDEPENDIENTE

26. ¿ACTUALMENTE UD. RECIBE O HA RECIBIDO CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO PARA DESARROLLAR SU TRABAJO EN ESTE NEGOCIO O ACTIVIDAD?

Sí..... 1

No..... 2 →

Pase  
a 30

27. LA CAPACITACIÓN QUE RECIBIÓ UD. ES:

(Acepte Una O Más Alternativas)

¿Directamente relacionada a aumentar la producción, ventas o servicios que ofrece su negocio (empresa)?..... 1

¿Para mejorar las actividades auxiliares o complementarias de su negocio (empresa)?..... 2

Otro tipo de capacitación?..... 3

(Especifique)

28. ¿QUÉ ENTIDAD O INSTITUCIÓN LE PROPORCIONÓ DICHA CAPACITACIÓN: (referida al curso más reciente)

**28a. Duración de capacitación**

	Nro de Semanas	Nro de Horas
Empresa o institución donde trabajó anteriormente?..... 1		
Centro de capacitación público?..... 2		
Centro de capacitación privado?..... 3		
Otro?..... 4		

Empresa o institución donde trabajó anteriormente?..... 1

Centro de capacitación público?..... 2

Centro de capacitación privado?..... 3

Otro?..... 4

(Especifique)

29. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES REALIZO UD. ALGÚN GASTO POR LA CAPACITACIÓN RECIBIDA

Sí..... 1 →

S/.

No..... 2

¿Cuánto Gasto?

30. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DE SUS TRABAJADORES RECIBIERON ALGUNA CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO, QUE FUE GESTIONADA O PAGADA POR ESTE NEGOCIO O EMPRESA?

De 1 a 20 trabajadores..... 1

De 21 a 40 trabajadores..... 2

De 41 a 80 trabajadores..... 3

De 81 a más trabajadores..... 4

Nº de Trabajadores

Ningún trabajador fue capacitado

por la empresa..... 5 →

Concluya  
el Módulo

31. LA CAPACITACIÓN QUE RECIBIERON SUS TRABAJADORES ES:

(Acepte Una O Más Alternativas)

¿Directamente relacionada a aumentar la producción, ventas o servicios que ofrece su negocio (empresa)?..... 1

¿Para mejorar las actividades auxiliares o complementarias de su negocio (empresa)?..... 2

Otro tipo de capacitación?..... 3

(Especifique)

32. ¿QUÉ ENTIDAD O INSTITUCIÓN PROPORCIONÓ DICHA CAPACITACIÓN A SUS TRABAJADORES: (referida al curso más reciente)

**32a. Duración de la capacitación**

	Nro de Semanas	Nro de Horas
Su empresa o negocio?..... 1		
Centro de capacitación público?..... 2		
Centro de capacitación privado?..... 3		
Otro?..... 4		

Su empresa o negocio?..... 1

Centro de capacitación público?..... 2

Centro de capacitación privado?..... 3

Otro?..... 4

(Especifique)

## OBSERVACIONES

Actividad Principal ..... 1  
Actividad Secundaria ..... 2

CUESTIONARIO Nº	Cuestionario Adicional
	1

Persona Nº		Nombre:		INFORMANTE Nº	
------------	--	---------	--	---------------	--

## 10. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO

### 1A. ¿EL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO QUE UD. DIRIGE SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO:

Persona natura?  
(con RUC, RUS, REIR)..... 1

Persona jurídica?  
(EIRL, SAA, SAC, otras personerías  
jurídicas) ..... 2 →

NO ESTÁ REGISTRADO?..... 3

(\*) Capte los ingresos en el capítulo 500.

Concluya con  
la entrevista  
(\*)

### 1B. ¿UD. LLEVA LAS CUENTAS DE SU NEGOCIO O ACTIVIDAD:

Por medio de libros o sistema de contabilidad  
completa? ..... 1

Por medio de libros de ingreso y gastos exigidos  
por la SUNAT? ..... 2

Por medio de apuntes, registros o anotaciones  
personales? ..... 3

NO LLEVA CUENTAS ..... 4

### 2. UD. DESEMPEÑÓ SU NEGOCIO O ACTIVIDAD:

¿Como ambulante? ..... 1

¿En el domicilio de los clientes? ..... 2

¿En vehículo para transporte de  
personas o mercaderías? ..... 3

¿En puesto improvisado en la vía  
pública? ..... 4

¿En puesto improvisado en mercado  
Público? ..... 5

¿En puesto fijo en la vía pública? ..... 6

¿En local fijo en mercado público (tienda,  
estand)? ..... 7

¿En taller, tienda, restaurante, hotel,  
oficina, consultorio, etc.? ..... 8

¿En su taller comercial dentro de su  
vivienda y en una habitación de uso  
exclusivo? ..... 9

¿Dentro de las habitaciones de su  
vivienda? ..... 10

¿Otro? ..... 11

(Especifique)

PASE  
A 5A

### 3. ¿UD. REALIZA SU NEGOCIO O ACTIVIDAD EN UN LOCAL:

Propio? (propietario)..... 1

Alquilado?..... 2

Prestado? ..... 3

Otro? ..... 4

(Especifique)

### 4A. ¿SU LOCAL O ESTABLECIMIENTO CUENTA CON:

	Sí	No	ES DE USO:		
			¿EXCLU- SIVO?	¿COMPARTIDO?	
				Hogar	Otro Establecimiento
1. Agua potable?..	1	2	1	2	3
2. Desagüe?.....	1	2	1	2	3
3. Electricidad? ....	1	2	1	2	3
4. Teléfono?.....	1	2	1	2	3
5. Internet?.....	1	2	1	2	3

### 5A. ¿CUÁL ES EL MOTIVO POR EL CUAL INICIÓ ESTE NEGOCIO O ACTIVIDAD?

(Acepte sólo una alternativa)

No encontró trabajo asalariado..... 1

Obtiene ingresos / mayores ingresos ..... 2

Quiere ser independiente ..... 3

Por tradición familiar..... 4

Por necesidad económica ..... 5

Otro ..... 6

(Especifique)

### 6. ¿CUÁNTO TIEMPO TRABAJA UD. EN SU NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO?

Años	
Meses	

### 8A. ¿CUÁNTAS PERSONAS (INCLUYÉNDOLO A UD.) TRABAJAN EN ESTE NEGOCIO?

Total	
Trabajadores Remunerados	
Dueño del negocio (+) Trabajadores No Remunerados	