



República de Colombia

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO  
NACIONAL DE ESTADÍSTICA

# ENCUESTA CONTINUA DE HOGARES CIUDADES Y AREAS METROPOLITANAS

Etapas 0507, 0508, 0509 - julio, agosto, septiembre 2005

## CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales ni pueden utilizarse como prueba judicial.

### A. I - IDENTIFICACIÓN

1. Departamento <input type="text"/>	7. Manzana <input type="text"/>	13. Resultado de la encuesta <input type="checkbox"/>
2. Municipio <input type="text"/>	8. Edificación <input type="text"/>	14. Dirección de la vivienda <input type="text"/>
3. Segmento <input type="text"/>	9. Vivienda <input type="text"/>	15. Barrio <input type="text"/>
4. Estrato <input type="text"/>	10. Total de hogares en la vivienda <input type="text"/>	16. Teléfono <input type="text"/>
5. Sector <input type="text"/>	11. Hogar No. <input type="text"/>	
6. Sección <input type="text"/>	12. Número de personas en el hogar <input type="text"/>	

### A. II - DATOS DE LA VIVIENDA (diligencie esta parte del formulario sólo en el primer hogar de cada vivienda)

<b>1. Tipo de vivienda</b> a. Casa <input type="text"/> 1 b. Apartamento <input type="text"/> 2 c. Cuarto(s) <input type="text"/> 3 d. Vivienda en inquilinato <input type="text"/> 4 e. Otra vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, puente, etc.) <input type="text"/> 5	<b>3. Material predominante de los pisos</b> a. Tierra, arena <input type="text"/> 1 b. Cemento, gravilla <input type="text"/> 2 c. Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal <input type="text"/> 3 d. Baldosín, ladrillo, vinisol, otros materiales sintéticos <input type="text"/> 4 e. Mármol <input type="text"/> 5 f. Madera pulida <input type="text"/> 6 g. Alfombra o tapete de pared a pared <input type="text"/> 7
<b>2. Material predominante de las paredes exteriores</b> a. Ladrillo, bloque, material prefabricado, piedra <input type="text"/> 1 b. Madera pulida <input type="text"/> 2 c. Adobe o tapia pisada <input type="text"/> 3 d. Bahareque <input type="text"/> 4 e. Madera burda, tabla, tablón <input type="text"/> 5 f. Guadua <input type="text"/> 6 g. Caña, esterilla, otro tipo de material vegetal <input type="text"/> 7 h. Zinc, tela, cartón, latas, desechos, plástico <input type="text"/> 8 i. Sin paredes <input type="text"/> 9	<b>4. ¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta la vivienda?</b> ↑ Estrato para tarifa <input type="checkbox"/> a. Energía eléctrica Sí <input type="text"/> 1 No <input type="text"/> 2 b. Gas natural conectado a red pública Sí <input type="text"/> 1 No <input type="text"/> 2 c. Alcantarillado Sí <input type="text"/> 1 No <input type="text"/> 2 d. Acueducto Sí <input type="text"/> 1 No <input type="text"/> 2 → Pase a capítulo AIII ↓ Pase a 5
<b>5. ¿El agua llega las 24 horas del día, todos los días?</b> Sí <input type="text"/> 1 No <input type="text"/> 2	

### A. III - DATOS DEL HOGAR (diligencie esta parte para cada uno de los hogares de la vivienda)

<b>1. Incluyendo sala comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas dispone este hogar?</b> (excluya cocina, baños, garajes y los cuartos destinados a negocios) <input type="text"/>	<b>4. El servicio sanitario del hogar es:</b> a. De uso exclusivo de las personas del hogar <input type="text"/> 1 b. Compartido con personas de otros hogares <input type="text"/> 2
<b>2. ¿En cuántos de esos cuartos o piezas duermen las personas de este hogar?</b> (excluya cocina, baños y garajes) <input type="text"/>	<b>5. ¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?</b> a. La tiran a un río, quebrada o laguna <input type="text"/> 1 b. La tiran a un patio, lote, zanja o baldío <input type="text"/> 2 c. La queman o entierran <input type="text"/> 3 d. Por recolección pública o privada <input type="text"/> 4 e. La eliminan de otra forma <input type="text"/> 5
<b>3. ¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta este hogar?</b> a. Inodoro conectado a alcantarillado <input type="text"/> 1 b. Inodoro conectado a pozo séptico <input type="text"/> 2 c. Inodoro sin conexión <input type="text"/> 3 d. Letrina <input type="text"/> 4 e. Bajamar <input type="text"/> 5 f. No tiene servicio sanitario <input type="text"/> 6	



**A. III - DATOS DEL HOGAR (diligencie esta parte para cada uno de los hogares de la vivienda) (continuación)**

6. ¿De dónde obtiene principalmente este hogar el agua para consumo humano?

- a. De acueducto por tubería
- b. De otra fuente por tubería
- c. De pozo con bomba
- d. De pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno
- e. Río, quebrada o nacimiento
- f. De pila pública
- g. Carrotanque
- h. Aguatero
- i. Aguas lluvias
- j. Agua embotellada o en bolsa

7. ¿Con qué cocinan principalmente en este hogar?

- a. Electricidad
- b. Petróleo, gasolina, kerosene, cocinol, alcohol
- c. Gas natural conectado a red pública
- d. Gas en cilindro o pipeta
- e. Leña o carbón de leña
- f. Carbón mineral
- g. Materiales de desecho
- h. No cocinan

8. La vivienda ocupada por este hogar, es:

- a. Propia, totalmente pagada  Pase a 10
- b. Propia, la están pagando  Cuentas
- c. En arriendo o subarriendo
- d. En usufructo
- e. Ocupante de hecho  Pase a 10
- f. Otra, ¿cuál?

9. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo o por cuota de amortización?

excluya el pago de administración y/o celaduría

Valor \$

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

- a. Servicio de teléfono corriente
- b. Máquina lavadora de ropa
- c. Nevera o enfriador
- d. Calentador de agua o ducha eléctrica
- e. Televisor a color
- f. Televisión por cable, satelital o parabólica
- g. Equipo de sonido
- h. Computador
- i. Servicio de internet
- j. Horno eléctrico o de gas
- k. Aire acondicionado
- l. Ninguno de los anteriores

**MÓDULO DE TELEVISIÓN**

El objetivo de este módulo es conocer la tenencia o no de televisores, el medio por el cuál llega la señal y sus usos en su hogar

**MÓDULO DE TELEVISIÓN PARA EL HOGAR (para el jefe del hogar o su cónyuge)**

1. ¿Este Hogar tiene televisor(es)?

Sí

- a) ¿Cuántos blanco y negro?
- b) ¿Cuántos tradicional a color?
- c) ¿Cuántos plasma o pantalla líquida?

No  Pase a 5

2. Además de ver televisión, ¿cuáles usos adicionales tiene el televisor en este hogar?

- a) Para ver películas de video
- b) Para juegos de video
- c) Para internet o como pantalla de computador
- d) Otro ¿Cuál?
- e) Ningún otro uso

3. ¿Cuál es el principal medio por el que recibe el servicio de televisión? (marque sólo una opción)

- a) Antena Aérea  → Pase a 5
- b) Satelital  Empresa
- c) Cable  Empresa
- d) Comunitaria  Empresa
- e) Parabólica  Empresa

4. ¿Cuánto pagan en promedio mensualmente por este servicio?

\$



<b>B - CARACTERÍSTICAS GENERALES</b> (para todas las personas registradas)		Educación <input type="checkbox"/>	Educación <input type="checkbox"/>
		Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>	Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>
		Módulo de TV <input type="checkbox"/>	Módulo de TV <input type="checkbox"/>
NUMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS	1	01	02
NOMBRE: registre el nombre y los apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar.	2		

¿Cuál es el parentesco de ..... con la persona jefe del hogar ?	3	Jefe (a) <input type="checkbox"/> 01	Jefe (a) <input type="checkbox"/> 01
		Esposo (a) <input type="checkbox"/> 02	Esposo (a) <input type="checkbox"/> 02
		Hijo (a) o hijastro (a) <input type="checkbox"/> 03	Hijo (a) o hijastro (a) <input type="checkbox"/> 03
		Yerno o nuera <input type="checkbox"/> 04	Yerno o nuera <input type="checkbox"/> 04
		Nieto (a) <input type="checkbox"/> 05	Nieto (a) <input type="checkbox"/> 05
		Padre o madre <input type="checkbox"/> 06	Padre o madre <input type="checkbox"/> 06
		Suegro <input type="checkbox"/> 07	Suegro <input type="checkbox"/> 07
		Hermano o cuñado <input type="checkbox"/> 08	Hermano o cuñado <input type="checkbox"/> 08
		Otro pariente <input type="checkbox"/> 09	Otro pariente <input type="checkbox"/> 09
		Huésped <input type="checkbox"/> 10	Huésped <input type="checkbox"/> 10
		Otro no pariente <input type="checkbox"/> 11	Otro no pariente <input type="checkbox"/> 11
		Empleado del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 12	Empleado del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 12
		Hijo del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 13	Hijo del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 13
		Pensionista <input type="checkbox"/> 14	Pensionista <input type="checkbox"/> 14
		Trabajador <input type="checkbox"/> 15	Trabajador <input type="checkbox"/> 15
SEXO:	4	Hombre <input type="checkbox"/> 1	Mujer <input type="checkbox"/> 2
EDAD: ¿Cuántos años cumplidos tiene? (si es menor de un año, escriba "00")	5	Años cumplidos <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/>
Marque "X" en las casillas de arriba, así: EDUCACION, para personas de 5 años y más; FUERZA DE TRABAJO, para personas de 12 años y más; módulo TV, para personas de 5 años y más.			
Actualmente está:	6	En unión libre <input type="checkbox"/> 1	En unión libre <input type="checkbox"/> 1
		Casado (a) <input type="checkbox"/> 2	Casado (a) <input type="checkbox"/> 2
		Viudo (a) <input type="checkbox"/> 3	Viudo (a) <input type="checkbox"/> 3
		Separado (a) o divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4	Separado (a) o divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4
		Soltero (a) <input type="checkbox"/> 5	Soltero (a) <input type="checkbox"/> 5

### C - EDUCACION: para personas de 5 años y más

¿Sabe leer y escribir?	7	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
¿ Actualmente ..... estudia? (asiste actualmente a la escuela, colegio o universidad)	8	Si <input type="checkbox"/> 1 Continúe	Si <input type="checkbox"/> 1 Continúe
		No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10
El establecimiento al que asiste ....., ¿es oficial?	9	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y el último año aprobado en ese nivel?  Espera respuesta	10	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
		Preescolar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0	Preescolar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0
		Básica primaria (1° - 5°) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0	Básica primaria (1° - 5°) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0
		Básica secundaria (6° - 9°) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0	Básica secundaria (6° - 9°) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0
		Media (10° - 13°) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 0	Media (10° - 13°) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 0
		Superior o universitaria <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	Superior o universitaria <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
		No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9	No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9

### OBSERVACIONES

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------











<b>B - CARACTERÍSTICAS GENERALES</b> (para todas las personas registradas)		Educación <input type="checkbox"/>	Educación <input type="checkbox"/>
		Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>	Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>
		Módulo de TV <input type="checkbox"/>	Módulo de TV <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS	1	01	02
NOMBRE: registre el nombre y los apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar.	2		

### E - OCUPADOS:

**EMPLEO PRINCIPAL (determine cuántos empleos tiene la persona y establezca cuál es el principal)**

¿Qué hace ..... en este trabajo ?	24		
¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina o firma donde trabaja ..... ?	25		
¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que ..... realiza su trabajo?	26		
En este trabajo ..... es:	27	Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> Empleado doméstico <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Patrón o empleador <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> Empleado doméstico <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Patrón o empleador <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
¿Cuánto ganó ..... el mes pasado en este empleo ? (incluya propinas y comisiones y excluya viáticos y pagos en especie)	28	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____
Además del salario en dinero, ¿el mes pasado ..... recibió alimentos como parte de pago ?	29	Si <input type="checkbox"/> → Valor mes \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> → Valor mes \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
Además del salario en dinero, ¿el mes pasado ..... recibió vivienda como parte de pago ?	30	Si <input type="checkbox"/> → Valor mes \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> → Valor mes \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
¿Normalmente ..... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bús, automóvil)?	30 A	Si <input type="checkbox"/> → Valor mes \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> → Valor mes \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
Además del salario en dinero, ¿el mes pasado ..... recibió otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, mercados diferentes a alimentos o bonos de Sódex)?	30 B	Si <input type="checkbox"/> → Valor mes \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> → Valor mes \$ _____ No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
¿Cuál fue la ganancia neta de ..... en esa actividad, negocio o profesión el mes pasado?	31	Valor \$ _____	Valor \$ _____



E- OCUPADOS:  
EMPLEO PRINCIPAL (continuación)

### Empleo secundario

Módulo de trabajo voluntario y trabajo para el autoconsumo

### OBSERVACIONES



<b>B - CARACTERÍSTICAS GENERALES</b> (para todas las personas registradas)		Educación <input type="checkbox"/>	Educación <input type="checkbox"/>
		Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>	Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>
		Módulo de TV <input type="checkbox"/>	Módulo de TV <input type="checkbox"/>
NUMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS	1	01	02
NOMBRE: registre el nombre y los apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar.	2		

### E - OCUPADOS: (conclusión)

#### Empleo con insuficiencia de horas y situaciones de empleo inadecuado

Además de las horas que trabaja actualmente, ¿..... quiere trabajar más horas? (dedicar más horas al trabajo actual, buscar un trabajo adicional o cambiar su trabajo actual por otro con más horas)	40	Si <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> Pase a 45	Si <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> Pase a 45
¿Cuántas horas adicionales puede trabajar ..... a la semana?	41	<input type="text"/> Horas	<input type="text"/> Horas
Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿..... hizo diligencias para trabajar más horas? (dedicar más horas al trabajo actual, buscar un trabajo adicional o cambiar su trabajo actual por otro con más horas)	42	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la semana pasada le hubiera resultado un trabajo adicional o la posibilidad de trabajar más horas, ¿estaba.....disponible para hacerlo?	43	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Por razones diferentes a trabajar más horas, ¿.....desea cambiar el trabajo que tiene actualmente?	44	Si <input type="checkbox"/> Pase a 46 No <input type="checkbox"/> Termine para esta persona	Si <input type="checkbox"/> Pase a 46 No <input type="checkbox"/> Termine para esta persona
¿..... desea cambiar el trabajo que tiene actualmente?	45	Si <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> Termine para esta persona	Si <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> Termine para esta persona
¿Por qué motivos ..... desea cambiar de trabajo o empleo? <div>Espere respuesta</div>	46	a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación <input type="checkbox"/> b. Desea mejorar sus ingresos <input type="checkbox"/> c. Desea trabajar menos horas <input type="checkbox"/> d. Porque el trabajo actual es temporal <input type="checkbox"/> e. Problemas en el trabajo <input type="checkbox"/> f. No le gusta su trabajo actual <input type="checkbox"/> g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental <input type="checkbox"/> h. Otro, ¿cuál? <input type="text"/> i. No sabe <input type="text"/> 9	a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación <input type="checkbox"/> b. Desea mejorar sus ingresos <input type="checkbox"/> c. Desea trabajar menos horas <input type="checkbox"/> d. Porque el trabajo actual es temporal <input type="checkbox"/> e. Problemas en el trabajo <input type="checkbox"/> f. No le gusta su trabajo actual <input type="checkbox"/> g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental <input type="checkbox"/> h. Otro, ¿cuál? <input type="text"/> i. No sabe <input type="text"/> 9
Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿..... hizo diligencias para cambiar de trabajo? (pidió ayuda a amigos, familiares, etc.; puso o contestó anuncios; llenó una solicitud; está a la espera de que lo llamen).	47	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si le resultara un nuevo trabajo o empleo a ..... ¿podría empezar a desempeñarlo antes de un mes?	48	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Termine para esta persona No sabe <input type="text"/> 9	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Termine para esta persona No sabe <input type="text"/> 9

### OBSERVACIONES

---



---



---



---



<b>B - CARACTERÍSTICAS GENERALES</b> (para todas las personas registradas)		Educación <input type="checkbox"/>	Educación <input type="checkbox"/>
		Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>	Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>
		Módulo de TV <input type="checkbox"/>	Módulo de TV <input type="checkbox"/>
NUMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS	1	01	02
NOMBRE: registre el nombre y los apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar	2		

## F - DESOCUPADOS

¿Durante cuánto tiempo ha estado o estuvo ..... buscando trabajo?	49		
Si a ..... le hubiera resultado un trabajo la semana pasada, ¿cuántas horas estaba disponible para trabajar?	50	Horas semanales <input type="checkbox"/>	Horas semanales <input type="checkbox"/>
¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?	51		
Ha buscado trabajo como: <div>Lea las alternativas</div>	52	Obrero o empleado <input type="checkbox"/> Empleado doméstico <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Patrón o empleador <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	Obrero o empleado <input type="checkbox"/> Empleado doméstico <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Patrón o empleador <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/>
¿..... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante 2 semanas consecutivas?	53	Primera vez <input type="checkbox"/> Pase a 58 Trabajó antes <input type="checkbox"/> Continúe	Primera vez <input type="checkbox"/> Pase a 58 Trabajó antes <input type="checkbox"/> Continúe
¿Cuánto hace que ..... dejó de trabajar por última vez ?	54		
¿Qué ocupación, oficio o labor realizó ..... la última vez que trabajó ?	55		
¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa o negocio en la que ..... realizó su último trabajo ?	56		
En este último trabajo ..... era: <div>Lea las alternativas</div>	57	Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> Empleado doméstico <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Patrón o empleador <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/>	Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> Empleado doméstico <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Patrón o empleador <input type="checkbox"/> Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/>
Cuánto recibió ..... el mes pasado por concepto de: <div>Si no recibió, escriba 00; si recibió pero no sabe el monto, escriba 98; si no sabe si recibió, escriba 99.</div>	58	Trabajo \$ _____ Arriendos \$ _____ Pensiones o jubilaciones \$ _____	Trabajo \$ _____ Arriendos \$ _____ Pensiones o jubilaciones \$ _____
Cuánto recibió en total ..... durante los últimos 12 meses por concepto de: <div>Si no recibió, escriba 00; si recibió pero no sabe el monto, escriba 98; si no sabe si recibió, escriba 99.</div>	59	Ayudas en dinero \$ _____ Intereses \$ _____ Dividendos \$ _____ Otras fuentes \$ _____	Ayudas en dinero \$ _____ Intereses \$ _____ Dividendos \$ _____ Otras fuentes \$ _____
		Termine para esta persona	Termine para esta persona

No olvide diligenciar el módulo de algunos gastos de los hogares

OBSERVACIONES



G - INACTIVOS

*No olvide diligenciar el capítulo de algunos gastos de los hogares*

OBSERVACIONES



<b>B - CARACTERÍSTICAS GENERALES</b> (para todas las personas registradas)		Educación <input type="checkbox"/>	Educación <input type="checkbox"/>
		Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>	Fuerza de trabajo <input type="checkbox"/>
		Módulo de TV <input type="checkbox"/>	Módulo de TV <input type="checkbox"/>
NUMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS	1	01	02
NOMBRE: registre el nombre y los apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar	2		

## H - MÓDULO DE TELEVISIÓN (para personas de 5 años y más)

El objetivo de este módulo es conocer el promedio de horas, las jornadas en las cuales las personas ven televisión y los canales vistos

¿..... ve televisión ?	1	Si <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> → Termine módulo	Si <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> → Termine módulo																																																																																																				
¿Cuántas horas en promedio dedica ..... diariamente a cada una de las siguientes actividades? <div>Lea las alternativas</div>	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividades</th> <th>De lunes a viernes</th> <th>Fines de semana y festivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Ver canales de televisión colombiana</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Ver canales de televisión internacional</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Navegar en internet por esparcimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Actividades	De lunes a viernes	Fines de semana y festivos	a. Ver canales de televisión colombiana			b. Ver canales de televisión internacional			c. Navegar en internet por esparcimiento			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividades</th> <th>De lunes a viernes</th> <th>Fines de semana y festivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Ver canales de televisión colombiana</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Ver canales de televisión internacional</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Navegar en internet por esparcimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Actividades	De lunes a viernes	Fines de semana y festivos	a. Ver canales de televisión colombiana			b. Ver canales de televisión internacional			c. Navegar en internet por esparcimiento																																																																														
Actividades	De lunes a viernes	Fines de semana y festivos																																																																																																					
a. Ver canales de televisión colombiana																																																																																																							
b. Ver canales de televisión internacional																																																																																																							
c. Navegar en internet por esparcimiento																																																																																																							
Actividades	De lunes a viernes	Fines de semana y festivos																																																																																																					
a. Ver canales de televisión colombiana																																																																																																							
b. Ver canales de televisión internacional																																																																																																							
c. Navegar en internet por esparcimiento																																																																																																							
¿En Cuáles de las siguientes jornadas del día ve ..... televisión? <div>Lea las alternativas</div>	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jornadas</th> <th>De lunes a viernes</th> <th>Fines de semana y festivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. En la mañana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Al medio día</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. En la tarde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. En la noche</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. En la madrugada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. No ve televisión en esos días</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jornadas	De lunes a viernes	Fines de semana y festivos	a. En la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Al medio día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. En la tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. En la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. En la madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. No ve televisión en esos días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jornadas</th> <th>De lunes a viernes</th> <th>Fines de semana y festivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. En la mañana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Al medio día</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. En la tarde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. En la noche</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. En la madrugada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. No ve televisión en esos días</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jornadas	De lunes a viernes	Fines de semana y festivos	a. En la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Al medio día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. En la tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. En la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. En la madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. No ve televisión en esos días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Jornadas	De lunes a viernes	Fines de semana y festivos																																																																																																					
a. En la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
b. Al medio día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
c. En la tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
d. En la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
e. En la madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
f. No ve televisión en esos días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
Jornadas	De lunes a viernes	Fines de semana y festivos																																																																																																					
a. En la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
b. Al medio día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
c. En la tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
d. En la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
e. En la madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
f. No ve televisión en esos días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
¿En los últimos 30 días cuáles de los siguientes canales de la televisión colombiana ha visto ..... ? (marque x) <div>Lea las alternativas</div>	4	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Canales</th> <th colspan="2">marque con X</th> </tr> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Canal Uno</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Señal institucional</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Canal capital</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Canal Caracol</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Canal RCN</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. City TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Señal Colombia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Tele Antioquia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Tele Café</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Tele Caribe</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Tele Islas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. TRO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13. Tele Pacifico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14. Canal 13</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15. Otro, cual .....</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Canales	marque con X		Si	No	1. Canal Uno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Señal institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Canal capital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Canal Caracol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Canal RCN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. City TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Señal Colombia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Tele Antioquia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Tele Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Tele Caribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Tele Islas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. TRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Tele Pacifico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Canal 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Otro, cual .....	<input type="checkbox"/>		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Canales</th> <th colspan="2">marque con X</th> </tr> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Canal Uno</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Señal institucional</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Canal capital</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Canal Caracol</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Canal RCN</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. City TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Señal Colombia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Tele Antioquia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Tele Café</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Tele Caribe</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Tele Islas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. TRO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13. Tele Pacifico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14. Canal 13</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15. Otro, cual .....</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Canales	marque con X		Si	No	1. Canal Uno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Señal institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Canal capital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Canal Caracol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Canal RCN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. City TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Señal Colombia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Tele Antioquia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Tele Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Tele Caribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Tele Islas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. TRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Tele Pacifico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Canal 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Otro, cual .....	<input type="checkbox"/>	
Canales	marque con X																																																																																																						
	Si	No																																																																																																					
1. Canal Uno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
2. Señal institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
3. Canal capital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
4. Canal Caracol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
5. Canal RCN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
6. City TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
7. Señal Colombia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
8. Tele Antioquia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
9. Tele Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
10. Tele Caribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
11. Tele Islas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
12. TRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
13. Tele Pacifico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
14. Canal 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
15. Otro, cual .....	<input type="checkbox"/>																																																																																																						
Canales	marque con X																																																																																																						
	Si	No																																																																																																					
1. Canal Uno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
2. Señal institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
3. Canal capital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
4. Canal Caracol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
5. Canal RCN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
6. City TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
7. Señal Colombia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
8. Tele Antioquia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
9. Tele Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
10. Tele Caribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
11. Tele Islas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
12. TRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
13. Tele Pacifico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
14. Canal 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
15. Otro, cual .....	<input type="checkbox"/>																																																																																																						

No olvide diligenciar el capítulo de algunos gastos de los hogares



Educación	<input type="text"/>
Fuerza de trabajo	<input type="text"/>
Módulo de TV	<input type="text"/>

02

2

<p>¿Qué canales de televisión internacional ha visto .... en los últimos 30 días?</p>	5	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Canal</th> <th style="text-align: center;">Código</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Canal	Código																																											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Canal</th> <th style="text-align: center;">Código</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Canal	Código																																										
Canal	Código																																																																																										
Canal	Código																																																																																										
<p>Durante los últimos seis meses ..... ha llamado o enviado mensajes a programas de:</p>	6	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>a. De opinión o noticias</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. De concurso</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Reality</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Musicales</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Otros</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a. De opinión o noticias	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. De concurso	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Reality	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Musicales	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Otros	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>a. De opinión o noticias</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. De concurso</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Reality</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Musicales</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Otros</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a. De opinión o noticias	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. De concurso	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Reality	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Musicales	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Otros	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																						
a. De opinión o noticias	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
b. De concurso	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
c. Reality	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
d. Musicales	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
e. Otros	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
a. De opinión o noticias	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
b. De concurso	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
c. Reality	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
d. Musicales	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							
e. Otros	Si	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																							

## This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. A vertical red margin line is present on the left side, creating a narrow left margin. Another vertical red margin line is present on the right side, creating a narrow right margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled sheet of paper.



**B - CARACTERÍSTICAS GENERALES**  
(para todas las personas registradas)

Educación ☐  
Fuerza de trabajo ☐  
Módulo de TV ☐

Educación ☐  
Fuerza de trabajo ☐  
Módulo de TV ☐

NUMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS

1

01

02

NOMBRE: registre el nombre y los apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar

2

**H - MÓDULO DE TELEVISIÓN (para personas de 5 años y más): conclusión**

¿... ve los siguientes tipos de programas de televisión? los ve en la televisión colombiana y/o en la televisión internacional?; (marque x)

Lea las alternativas

7

Tipos de programas	Los ve		Los ve en:	
	Si	No	TV Colombiana	TV internacional
	(1)	(2)	(a)	(b)
a. Noticieros				
b. Economía, negocios y finanzas				
c. Salud y medicina				
d. Religiosos				
e. Turismo y viajes				
f. Entrevista u opinión				
g. Estilo, moda, hogar				
h. Documentales				
i. Deportivos				
j. Programas y películas infantiles, dibujos animados				
k. Juegos y concursos, show de variedades				
l. Series y comedias				
m. Realities shows (shows de realidad)				
n. Videos musicales				
o. Talk shows (shows hablados)				
p. Obras de teatro, ópera, conciertos musicales				
q. Telenovelas				
r. Farandula, noticias del espectáculo				
s. Películas				

Tipos de programas	Los ve		Los ve en:	
	Si	No	TV Colombiana	TV internacional
	(1)	(2)	(a)	(b)
a. Noticieros				
b. Economía, negocios y finanzas				
c. Salud y medicina				
d. Religiosos				
e. Turismo y viajes				
f. Entrevista u opinión				
g. Estilo, moda, hogar				
h. Documentales				
i. Deportivos				
j. Programas y películas infantiles, dibujos animados				
k. Juegos y concursos, show de variedades				
l. Series y comedias				
m. Realities shows (shows de realidad)				
n. Videos musicales				
o. Talk shows (shows hablados)				
p. Obras de teatro, ópera, conciertos musicales				
q. Telenovelas				
r. Farandula, noticias del espectáculo				
s. Películas				

OBSERVACIONES



[illegible]



# I - MÓDULO DE ALGUNOS GASTOS DE LOS HOGARES

Encuestador, continúe la encuesta así:

Señor (a), ahora le voy a solicitar información sobre el gasto del hogar en algunos servicios, cuyo objetivo es medir las variaciones en el PIB con el fin de definir variaciones de algunos rubros del nuevo IPC. \* Solo para el mes de septiembre, etapa 0509, adicionalmente el DANE está realizando una investigación sobre consumo de arroz en los hogares colombianos. Esto servirá para la formulación de políticas de producción de alimentos en el país.

1. Durante la semana pasada (de lunes a domingo), las personas de este hogar realizaron gastos en:

a. ¿Transporte urbano en bus, buseta o colectivo?

Si ☐ 1 Valor total pagado en la semana \$ \_\_\_\_\_

No ☐ 2

b. ¿Comidas y bebidas tomadas fuera del hogar?

Si ☐ 1 Valor total pagado en la semana \$ \_\_\_\_\_

No ☐ 2

2. Durante el mes pasado las personas de este hogar realizaron gastos en cines, eventos culturales y espectáculos deportivos

Si ☐ 1 Valor total pagado en el mes \$ \_\_\_\_\_

No ☐ 2

3. Durante los últimos 3 meses, las personas de este hogar realizaron gastos en:

a. ¿Pasajes intermunicipales en bus corriente, bus ejecutivo, van o taxi?

Si ☐ 1 Valor total pagado en los últimos 3 meses \$ \_\_\_\_\_

No ☐ 2

b. ¿Hospedaje en hoteles u otros lugares de alojamiento?

Si ☐ 1 Valor total pagado en los últimos 3 meses \$ \_\_\_\_\_

No ☐ 2

\* Diligencie estas preguntas sólo para el mes de septiembre (etapa 0509)

4. Durante la semana pasada (de lunes a domingo), ¿las personas de este hogar consumieron, dentro del hogar, arroz?

Si ☐ 1 Continúe

No ☐ 2

5. ¿Cuántas libras de arroz consumió este hogar la semana pasada (de lunes a domingo), dentro del hogar?

Total libras

## A. IV - CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

### 1 - ENCUESTA

ENCUESTADOR  NOMBRE  SEMANA DE RECOLECCIÓN

#### RESULTADO DE LA ENCUESTA

Visita No.	1	2	3	4
Fecha (día - mes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Día de la semana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hora-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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>
Hora-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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>
Resultado (*)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2 - SUPERVISIÓN ENCUESTA

SUPERVISOR ☐

Nombre

Observaciones

### 3 - CRÍTICA Y CODIFICACIÓN

#### CRÍTICA Y CODIFICACIÓN

Critico ☐ Nombre

Fecha

Observaciones

#### REVISIÓN

Revisor ☐ Nombre

Fecha

Observaciones

NÚMERO DE FORMULARIO ASIGNADO POR EL PROGRAMA DE CAPTURA

DIGITADOR ☐