



ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA
2012

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.

Formulario número _____ de _____

A. IDENTIFICACIÓN Y CONTROL

1. Tipo de encuesta*: _____

2. Región: _____

3. Departamento: _____

4. Municipio: _____

5. Clase _____

6. Sector _____

7. Sección _____

8. Manzana _____

9. Segmento _____

10. AG _____

11. Edificación _____

12. Vivienda número _____

13. Total de hogares en la vivienda _____

14. Hogar número _____

15. Total de personas en el hogar _____

16. Barrio, centro poblado o vereda _____

17. Dirección de la vivienda o nombre de la finca _____

18. Teléfono: _____

19. Resultados de la encuesta** ☐

A. I. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

1. ENCUESTA

Encuestador ☐ Nombre _____

Resultado de la encuesta

Visita núm.	1	2	3	4
Fecha (día-mes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Día de la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hora de inicio (hora-minutos)	a.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hora de terminación (hora-minutos)	a.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Resultado**				

2. SUPERVISIÓN DE ENCUESTA

Supervisor ☐

Nombre: _____

Observaciones _____

B. DATOS DE LA VIVIENDA (diligencie este capítulo solo para el hogar 01 de la vivienda)

1. Tipo de vivienda

- Casa
- Apartamento
- Cuarto(s)
- Vivienda indígena
- Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, puente, etc.)

2. Material predominante de las paredes exteriores

- Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida
- Tapia pisada, adobe
- Bahareque revocado
- Bahareque sin revocar
- Madera burda, tabla, tablón
- Material prefabricado
- Guadua, caña, esterilla, otro vegetal
- Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico
- Sin paredes

3. Material predominante de los pisos

- Alfombra o tapete de pared a pared
- Madera pulida y lacada, parqué
- Mármol
- Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo
- Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal
- Cemento, gravilla
- Tierra, arena

4. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?

- Estrato para tarifa
1. Energía eléctrica Sí → No
2. Acueducto Sí No
3. Alcantarillado Sí No
4. Recolección de basuras Sí → No
- Veces por semana

5. En los últimos DOCE MESES, la vivienda ha sido afectada por:

1. Inundaciones, desbordamiento, crecientes, arroyos
2. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos
3. Hundimiento del terreno
4. Ventarrones, tormentas, vendavales...

6. ¿Cuáles de los siguientes problemas afectan su vivienda?

1. Ruidos provenientes del exterior
2. Malos olores procedentes del exterior
3. Presencia de basuras en las calles
4. Contaminación del aire
5. Invasión del espacio público (calles o andenes)
6. Presencia de animales que causan molestias
7. Presencia de insectos, roedores, etc.
8. Ninguno de los anteriores

7. ¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda?

OBSERVACIONES

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

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

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

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

3. ¿En este hogar tienen servicio de Gas Natural conectado a red pública?

- Sí
- No

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

Lea las alternativas

- Inodoro conectado a alcantarillado
- Inodoro conectado a pozo séptico
- Inodoro sin conexión
- Letrina
- Bajamar
- No tiene servicio sanitario → Pase a 7

5. El servicio sanitario está ubicado:

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

6. El servicio sanitario del hogar es:

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

7. ¿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 patio, lote, zanja o baldío
- La queman
- La entierran
- La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)

8. ¿En este hogar clasifican las basuras?

Sí

Qué tipo de material clasifican:

- Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos
- Papel y cartón
- Vidrio y metal
- Plástico

No

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

¿Cuál es el parentesco de _____ con el jefe o la jefa de este hogar?		Actualmente _____:		El (la) cónyuge de _____ ¿vive en este hogar?		¿ _____ siempre ha vivido aquí en este municipio?		¿Cuántos años continuos hace que vive _____ aquí en este municipio?		Antes de venir a este municipio _____ vivía en:				
Jefe(a) del hogar <input type="text" value="1"/>		No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="text" value="1"/>		Sí <input type="text" value="1"/>		Sí <input type="text" value="1"/>		Si es menos de un año, escriba 00		Otro país <input type="text" value="1"/> Pase a 13				
Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="text" value="2"/>		No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="text" value="2"/>		No <input type="text" value="2"/>		No <input type="text" value="2"/>				Otro municipio <input type="text" value="2"/>				
Hijo(a), hijastro(a) <input type="text" value="3"/>		Está viudo(a) <input type="text" value="3"/>												
Nieto(a) <input type="text" value="4"/>		Está separado(a) o divorciado(a) <input type="text" value="4"/> Pase a 8												
Padre, madre, padrastro, madrastra <input type="text" value="5"/>		Está soltero(a) <input type="text" value="5"/>												
Suegro o suegra <input type="text" value="6"/>		Está casado(a) <input type="text" value="6"/>												
Hermano(a), hermanastro(a) <input type="text" value="7"/>														
Yerno, nuera <input type="text" value="8"/>														
Otro pariente del jefe(a) <input type="text" value="9"/>														
Empleado(a) del servicio doméstico <input type="text" value="10"/>														
Parientes del servicio doméstico <input type="text" value="11"/>														
Trabajador <input type="text" value="12"/>														
Pensionista <input type="text" value="13"/>														
Otro no pariente <input type="text" value="14"/>														
Para menores de 10 años, pase a 8														
C.R.		Número de orden		C.R.		Cuántos años		C.R.		Departamento		Código	Municipio	Código
5		6		7		8		9		10				

01														01
02														02
03														03
04														04
05														05
06														06
07														07
08														08
09														09

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

<div>____ vivía en</div> <div><div>El centro urbano donde está la alcaldía</div><div>1</div></div> <div><div>Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo</div><div>2</div></div>	<div>¿Cuál fue la razón principal para cambiar la residencia al municipio actual?</div> <div><div>Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia</div><div>1</div></div> <div><div>Riesgo o consecuencia de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc).</div><div>2</div></div> <div><div>Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia</div><div>3</div></div> <div><div>Necesidad de educación</div><div>4</div></div> <div><div>Porque se casó o formó pareja</div><div>5</div></div> <div><div>Motivos de salud</div><div>6</div></div> <div><div>Mejorar la vivienda o localización</div><div>7</div></div> <div><div>Mejores oportunidades laborales o de negocio</div><div>8</div></div> <div><div>Otra</div><div>9</div></div>	<div>El padre de ____ ¿vive en este hogar?</div> <div><div>Sí</div><div>1</div><div>Pase a 15</div></div> <div><div>No</div><div>2</div></div> <div><div>Fallecido</div><div>3</div></div> <div><div>C.R.</div><div>Número de orden</div></div>	<div>¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de ____ ?</div> <div><div>Algunos años de primaria</div><div>1</div></div> <div><div>Toda la primaria</div><div>2</div></div> <div><div>Algunos años de secundaria</div><div>3</div></div> <div><div>Toda la secundaria</div><div>4</div></div> <div><div>Uno o más años de técnica o tecnológica</div><div>5</div></div> <div><div>Técnica o tecnológica completa</div><div>6</div></div> <div><div>Uno o más años de universidad</div><div>7</div></div> <div><div>Universitaria completa</div><div>8</div></div> <div><div>Ninguno</div><div>9</div></div> <div><div>No sabe</div><div>10</div></div> <div><div>C.R.</div><div>Número de orden</div></div>	<div>La madre de ____ ¿vive en este hogar?</div> <div><div>Sí</div><div>1</div><div>Pase a 17</div></div> <div><div>No</div><div>2</div></div> <div><div>Fallecida</div><div>3</div></div> <div><div>C.R.</div><div>Número de orden</div></div>	<div>¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de ____ ?</div> <div><div>Algunos años de primaria</div><div>1</div></div> <div><div>Toda la primaria</div><div>2</div></div> <div><div>Algunos años de secundaria</div><div>3</div></div> <div><div>Toda la secundaria</div><div>4</div></div> <div><div>Uno o más años de técnica o tecnológica</div><div>5</div></div> <div><div>Técnica o tecnológica completa</div><div>6</div></div> <div><div>Uno o más años de universidad</div><div>7</div></div> <div><div>Universitaria completa</div><div>8</div></div> <div><div>Ninguno</div><div>9</div></div> <div><div>No sabe</div><div>10</div></div> <div><div>C.R.</div><div>Número de orden</div></div>	<div>De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:</div> <div><div>Indígena</div><div>1</div></div> <div><div>Gitano (Rom)</div><div>2</div></div> <div><div>Raizal del archipiélago</div><div>3</div></div> <div><div>Palenquero</div><div>4</div></div> <div><div>Negro, mulato (afrodescendiente)</div><div>5</div></div> <div><div>Ninguno de los anteriores</div><div>6</div></div>
11	12	13	14	15	16	17

01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09

E. SALUD (para todas las personas del hogar)

¿_____ está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud –EPS o Administradora de Régimen Subsidiado –ARS, a través del SISBEN)

Sí

1

→ Pase a 3

No

2

No sabe, no informa

9

→ Pase a 8

¿Por qué razón principal no está afiliado o no es beneficiario de una entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud –EPS o Administradora de Régimen Subsidiado –ARS)

Por falta de dinero

1

Muchos trámites

2

No le interesa o descuido

3

No sabe que debe afiliarse

4

No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad

5

Está en trámite de afiliación

6

No hay una entidad cercana

7

Otra razón, ¿cuál?

8

Después de responder la pregunta, pase a 8

C.R.

Otra razón

¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?

Contributivo (EPS)

1

Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio)

2

Subsidiado (EPS-S)

3

→ Pase a 7

No sabe, no informa

9

→ Pase a 8

¿Quién paga mensualmente por la afiliación de _____?

_____ paga una parte y otra la empresa o patrón

1

→ Pase a 6

Le descuentan de la pensión

2

→ Pase a 6

_____ paga la totalidad de la afiliación

3

→ Pase a 7

Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó

4

→ Pase a 7

No paga, es beneficiario

5

¿De quién es beneficiario ?

De una persona de este hogar

1

De una persona de otro hogar

2

→ Después de diligenciar esta pregunta pase a 7

C.R.

Número de orden

¿Qué parentesco tiene usted con esa persona?

¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a _____ para estar cubierto por una entidad de seguridad social en salud?

Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99

Valor mensual pagado o descontado (\$)

1

2

3

4

5

6

01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09

E

6

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

<p>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>Muy buena <input type="text" value="1"/></p> <p>Buena <input type="text" value="2"/></p> <p>Mala <input type="text" value="3"/></p> <p>Muy mala <input type="text" value="4"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/></p>	<p>El estado de salud de _____ en general, es:</p> <p>Muy bueno <input type="text" value="1"/></p> <p>Bueno <input type="text" value="2"/></p> <p>Regular <input type="text" value="3"/></p> <p>Malo <input type="text" value="4"/></p>	<p>Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿_____ consulta por lo menos una vez al año?</p> <p>Solo al médico <input type="text" value="1"/></p> <p>Solo al odontólogo <input type="text" value="2"/></p> <p>Al médico y al odontólogo <input type="text" value="3"/></p> <p>Ninguno <input type="text" value="4"/></p>	<p>_____ tiene limitaciones permanentes para:</p> <p>¿Moverse o caminar? <input type="text" value="1"/></p> <p>¿Usar sus brazos o manos? <input type="text" value="2"/></p> <p>¿Ver, a pesar de usar lentes o gafas? <input type="text" value="3"/></p> <p>¿Oír, aún con aparatos especiales? <input type="text" value="4"/></p> <p>¿Hablar? <input type="text" value="5"/></p> <p>¿Entender o aprender? <input type="text" value="6"/></p> <p>¿Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales? <input type="text" value="7"/></p> <p>¿Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo? <input type="text" value="8"/></p> <p>¿Otra limitación permanente? <input type="text" value="9"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="10"/></p>	<p>En los últimos 30 días, ¿_____ tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> → Pase a 26</p>	<p>Por ese problema de salud, durante cuántos días en total dejó _____ de realizar sus actividades normales?</p> <p>Núm. de días <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p>	<p>Para tratar ese problema de salud, ¿qué hizo principalmente_____?</p> <p>Acudió a institución prestadora de servicios de salud <input type="text" value="1"/></p> <p>Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente (de forma particular) <input type="text" value="2"/> → Pase a 19</p> <p>Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista <input type="text" value="3"/></p> <p>Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona <input type="text" value="4"/></p> <p>Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) <input type="text" value="5"/> → Pase a 18</p> <p>Usó remedios caseros <input type="text" value="6"/></p> <p>Se autorrecetó <input type="text" value="7"/></p> <p>Nada <input type="text" value="8"/></p>
7	8	9	10	11	12	13

01			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				01
02			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				02
03			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				03
04			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				04
05			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				05
06			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				06
07			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				07
08			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				08
09			<div><div>13579</div><div>246810</div></div>				09

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

<p>Acudió al servicio de urgencias en la institución prestadora de servicios (hospital o clínica) pública o privada?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> → Pase a 19</p>	<p>¿A ____ le brindaron asistencia médica en el servicio de urgencias para solucionar el problema de salud?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> → Pase a 17</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>	<p>¿Cuál fue la razón principal por la que ____ no recibió atención médica en el servicio de urgencias?</p> <p>El caso era leve <input type="text" value="1"/></p> <p>Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron <input type="text" value="2"/></p> <p>Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que tuviera contrato con ellos <input type="text" value="3"/></p> <p>No tenía identificación y por eso lo rechazaron <input type="text" value="4"/></p> <p>Indicaron que debían remitirlo a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo <input type="text" value="5"/></p> <p>No le dieron información <input type="text" value="6"/></p> <p>No sabe/no responde <input type="text" value="9"/></p> <p>Después de diligenciar esta pregunta, pase a 26</p>	<p>¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico?</p> <p>Lo atendieron inmediatamente <input type="text" value="1"/></p> <p>En máximo 30 minutos <input type="text" value="2"/></p> <p>Entre 31 minutos y una hora <input type="text" value="3"/></p> <p>Más de una hora hasta dos horas <input type="text" value="4"/></p> <p>Más de dos horas <input type="text" value="5"/></p> <p>Después de diligenciar esta pregunta, pase a 19</p>	<p>¿Cuál fue la razón principal por la que ____ no solicitó o no recibió atención médica?</p> <p>El caso era leve <input type="text" value="1"/></p> <p>No tuvo tiempo <input type="text" value="2"/></p> <p>El centro de atención queda lejos <input type="text" value="3"/></p> <p>Falta de dinero <input type="text" value="4"/></p> <p>Mal servicio o cita distanciada en el tiempo <input type="text" value="5"/></p> <p>No lo atendieron <input type="text" value="6"/></p> <p>No confía en los médicos <input type="text" value="7"/></p> <p>Consultó antes y no le resolvieron el problema <input type="text" value="8"/></p> <p>Muchos trámites para la cita <input type="text" value="9"/></p> <p>Una vez diligenciada esta pregunta, pase a 26</p>	<p>¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?</p> <p>Médico general <input type="text" value="1"/> → Núm. de días <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>Odontólogo <input type="text" value="2"/></p> <p>Acudió directo al especialista <input type="text" value="3"/> → Pase a 21</p>
14	15	16	17	18	19
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09

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

<p>¿_____ fue remitido a especialista?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>	<p>En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.) fue:</p> <p>Muy buena <input type="text" value="1"/></p> <p>Buena <input type="text" value="2"/></p> <p>Mala <input type="text" value="3"/></p> <p>Muy mala <input type="text" value="4"/></p>	<p>¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó _____ para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</p> <p>Entidad de seguridad social de la cual es afiliado <input type="text" value="1"/></p> <p>Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada <input type="text" value="2"/></p> <p>Servicio médico de la empresa, médico particular <input type="text" value="3"/></p> <p>Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) <input type="text" value="4"/></p> <p>Secretaría de salud o la alcaldía <input type="text" value="5"/></p> <p>Recursos propios y/o familiares <input type="text" value="6"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="7"/></p>	<p>Por esta enfermedad, ¿a _____ le formularon medicamentos?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> → Pase a 26</p>	<p>¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a _____ por cuenta de la institución a la cual está afiliado?</p> <p>Sí, todos <input type="text" value="1"/> → Pase a 26</p> <p>Sí, algunos <input type="text" value="2"/></p> <p>No <input type="text" value="3"/></p>	<p>¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?</p> <p>No están incluidos en el POS <input type="text" value="1"/></p> <p>No había los medicamentos recetados <input type="text" value="2"/></p> <p>No había la cantidad requerida <input type="text" value="3"/></p> <p>Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica <input type="text" value="4"/></p> <p>No hizo las gestiones para reclamarlos <input type="text" value="5"/></p> <p>Acudió a médico particular <input type="text" value="6"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="7"/></p>
20	21	22	23	24	C.R. <input type="text" value="Otra, ¿cuál?"/>

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

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

<p>¿Durante los últimos 12 meses ____ tuvo que ser hospitalizado?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Cuántas veces <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 → Si D2=2 y D4 entre 12 y 49, pase a E30. Si D2=1 o 12>D4>49, termine capítulo.</p>		<p>¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)?</p> <p><i>Si estuvo hospitalizado más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</i></p> <table><tr><td></td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td>1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td></tr><tr><td>2. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td></tr><tr><td>3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td></tr><tr><td>4. Secretaría de salud o la alcaldía</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td></tr><tr><td>5. Recursos propios y/o familiares</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td></tr></table>			Sí	No	1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	2. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	5. Recursos propios y/o familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<p>Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:</p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p>		<p>Por este problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó ____ de realizar sus actividades normales?</p> <p><i>Si estuvo hospitalizado más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días.</i></p> <p>Número de días</p>		<p>¿____ está embarazada actualmente o ha tenido hijos?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p><i>Solo para mujeres de 12 a 49 años</i></p>		<p>OBSERVACIONES</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
	Sí	No																											
1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																											
2. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																											
3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																											
4. Secretaría de salud o la alcaldía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																											
5. Recursos propios y/o familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																											
C.R. Número de veces																													
26		27		28		29		30																					

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

F. CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

¿Dónde o con quién permanece _____ durante la mayor parte del tiempo entre semana?		¿Cuál es la razón principal por la que _____ no asiste a una guardería, hogar comunitario o jardín?		¿A qué tipo de hogar comunitario, guardería o jardín asiste?		¿ _____ recibe almuerzo en el establecimiento en forma gratuita o por un pago simbólico?		
Asiste a un hogar comunitario, guardería o jardín <input type="text" value="1"/> Pase a 3		No hay una institución cercana <input type="text" value="1"/>		Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="text" value="1"/>		Sí <input type="text" value="1"/>		
Con su padre o madre en la casa <input type="text" value="2"/>		Es muy costoso <input type="text" value="2"/>		Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="text" value="2"/>		No <input type="text" value="2"/>		
Con su padre o madre en el trabajo <input type="text" value="3"/>		No encontró cupo <input type="text" value="3"/>		Otra guardería o jardín oficial <input type="text" value="3"/>				
Con la empleada o niñera en la casa <input type="text" value="4"/>		Prefiere que no asista todavía <input type="text" value="4"/>		Guardería o jardín privado <input type="text" value="4"/>				
Al cuidado de un pariente de 18 años o más <input type="text" value="5"/>		Tiene un familiar en la casa que lo cuida <input type="text" value="5"/>						
Al cuidado de un pariente menor de 18 años <input type="text" value="6"/>		Considera que no está en edad de asistir o es recién nacido <input type="text" value="6"/>						
En casa solo <input type="text" value="7"/>		Otra, ¿cuál? <input type="text" value="7"/>						
Otro, ¿cuál? <input type="text" value="8"/>		<div>Después de diligenciar esta pregunta pase a 6</div>						
C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	Otra, ¿cuál?			C.R.	Valor que paga DIARIO	Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe?
							Valor (\$)	Valor (\$)
1		2		3		4		

01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09

F. CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS (conclusión)

<p>¿_____ recibe medias nuevas (onces, el algo, refrigerio) en el establecimiento en forma gratuita o por un pago simbólico?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>			<p>¿Llevar a _____ a control de crecimiento y desarrollo?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>→ Termine capítulo</p>			<p>¿Cuál fue la principal razón para no llevar a _____ a un control de crecimiento y desarrollo?</p> <p>No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta <input type="text" value="1"/></p> <p>La consulta es muy cara, no tiene plata <input type="text" value="2"/></p> <p>El lugar donde lo atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca <input type="text" value="3"/></p> <p>No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo <input type="text" value="4"/></p> <p>No está afiliado a EPS o a régimen subsidiado <input type="text" value="5"/></p> <p>No consiguió cita cercana en el tiempo o lo atienden muy mal <input type="text" value="6"/></p> <p>Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados <input type="text" value="7"/></p> <p>Considera que no está en edad o es recién nacido <input type="text" value="8"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="text" value="9"/></p>			<p>OBSERVACIONES</p>		
C.R.	Valor que paga DIARIO	Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe?	C.R.	¿Cuántas veces lo llevaron durante LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	C.R.	Otra, ¿cual?					
	Valor (\$)	Valor (\$)									
5			6			7					
01								01			
02								02			
03								03			
04								04			
05								05			
06								06			
07								07			
08								08			
09								09			

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

<p>¿Sabe leer y escribir?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>	<p>¿_____ actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> → Pase a 6</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>Si es menor de 35 años → Continúe</p> <p>Si tiene 35 años o más → Pase a 4</p>	<p>¿Cuál es la principal razón para que _____ no estudie?</p> <p>Espere respuesta</p> <div><div>Considera que no está en edad escolar</div><div>Considera que ya terminó</div><div>Falta de dinero o costos educativos elevados</div><div>Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños y de otras personas del hogar: ancianos, personas discapacitadas, etc.)</div><div>Por embarazo</div><div>Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia</div><div>Falta de cupo</div><div>No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano</div><div>Necesita trabajar</div><div>No le gusta o no le interesa el estudio</div><div>Por enfermedad</div><div>Necesita educación especial</div><div>Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual</div><div>Otra razón, ¿cuál?</div></div> <div><div><input type="text" value="1"/></div><div><input type="text" value="2"/></div><div><input type="text" value="3"/></div><div><input type="text" value="4"/></div><div><input type="text" value="5"/></div><div><input type="text" value="6"/></div><div><input type="text" value="7"/></div><div><input type="text" value="8"/></div><div><input type="text" value="9"/></div><div><input type="text" value="10"/></div><div><input type="text" value="11"/></div><div><input type="text" value="12"/></div><div><input type="text" value="13"/></div><div><input type="text" value="14"/></div></div>	<p>¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por _____ y el último año o grado aprobado en este nivel?</p> <div><div>Ninguno</div><div>Preescolar</div><div>Básica primaria (1.º - 5.º)</div><div>Básica secundaria (6.º - 9.º)</div><div>Media (10.º - 13.º)</div><div>Técnico sin título</div><div>Técnico con título</div><div>Tecnológico sin título</div><div>Tecnológico con título</div><div>Universitaria sin título</div><div>Universitaria con título</div><div>Posgrado sin título</div><div>Posgrado con título</div></div> <div><div><input type="text" value="1"/></div><div><input type="text" value="2"/></div><div><input type="text" value="3"/></div><div><input type="text" value="4"/></div><div><input type="text" value="5"/></div><div><input type="text" value="6"/></div><div><input type="text" value="7"/></div><div><input type="text" value="8"/></div><div><input type="text" value="9"/></div><div><input type="text" value="10"/></div><div><input type="text" value="11"/></div><div><input type="text" value="12"/></div><div><input type="text" value="13"/></div></div> <p>Termine capítulo</p>	<p>¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</p> <p>Después de diligenciar esta pregunta, termine capítulo</p>	<p>¿En qué nivel está matriculado _____ y qué grado o año cursa?</p> <div><div>Preescolar</div><div>Básica primaria (1.º - 5.º)</div><div>Básica secundaria (6.º - 9.º)</div><div>Media (10º - 13.º)</div><div>Técnico</div><div>Tecnológico</div><div>Universitario</div><div>Posgrado</div></div> <div><div><input type="text" value="1"/></div><div><input type="text" value="2"/></div><div><input type="text" value="3"/></div><div><input type="text" value="4"/></div><div><input type="text" value="5"/></div><div><input type="text" value="6"/></div><div><input type="text" value="7"/></div><div><input type="text" value="8"/></div></div> <p>Pase a 8</p> <p>Pase a 9</p>
1	2	C.R. Otra razón	Nivel Grado o año aprobado	Número de años	Nivel Grado o año que cursa
1	2	3	4	5	6

01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09

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

¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?		¿Dónde o con quién permanece ____ la mayor parte del tiempo, en las horas en que no está asistiendo al establecimiento educativo?		El establecimiento donde estudia ____ es:		Este establecimiento está ubicado en:		¿Recibe ____ en el plantel educativo alimentos (desayunos, medias nuevas, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?		
<div>Después de diligenciar esta pregunta pase a 9</div>		Con su padre o madre en la casa 1		Oficial 1		Un centro urbano donde se encuentra la alcaldía municipal 1		Sí 1		
		Con su padre o madre en el trabajo 2		No oficial 2		Corregimiento, inspección de policía o caserío 2		No 2		
		Con empleada o niñera en la casa 3				Vereda o campo 3				
		Al cuidado de un pariente de 18 años o más 4								
		Al cuidado de un pariente menor de 18 años 5								
		En un sitio para el cuidado de menores (jornada adicional o alterna, talleres, etc.) 6								
		En casa solo 7								
		Otro, ¿cuál? ____ 8								
Número de años		C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	Con subsidio del Estado	Sin subsidio		C.R.	¿Valor que paga DIARIO?	Si lo tuviera que comprar en otra parte, ¿cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)
7			8		9		10		11	

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

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

<p>Durante este AÑO ESCOLAR, ¿_____ recibió beca en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> → Pase a 14</p> <p>No <input type="text" value="2"/> → Pase a 14</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="text" value="1"/></p> <p>Bimestral <input type="text" value="2"/></p> <p>Semestral <input type="text" value="3"/></p> <p>Anual <input type="text" value="4"/></p>			<p>¿De quién recibió la beca para estudiar?</p> <p>De la misma institución educativa <input type="text" value="1"/></p> <p>ICETEX <input type="text" value="2"/></p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="text" value="3"/></p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="text" value="4"/></p> <p>Otra entidad pública <input type="text" value="5"/></p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="text" value="6"/></p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="text" value="7"/></p> <p>Otra entidad privada <input type="text" value="8"/></p>			<p>Durante este AÑO ESCOLAR ¿_____ recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> → Pase a 16</p> <p>No <input type="text" value="2"/> → Pase a 16</p> <p>Frecuencia:</p> <p>Mensual <input type="text" value="1"/></p> <p>Bimestral <input type="text" value="2"/></p> <p>Semestral <input type="text" value="3"/></p> <p>Anual <input type="text" value="4"/></p>			<p>¿De quién recibió el subsidio para estudiar?</p> <p>De la misma institución educativa <input type="text" value="1"/></p> <p>ICETEX <input type="text" value="2"/></p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="text" value="3"/></p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="text" value="4"/></p> <p>Otra entidad pública <input type="text" value="5"/></p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="text" value="6"/></p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="text" value="7"/></p> <p>Otra entidad privada <input type="text" value="8"/></p>		
C.R.	Valor (\$)	Frecuencia	C.R.	Valor (\$)	Frecuencia	C.R.	Valor (\$)	Frecuencia			
12			13			14			15		

01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09

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

Durante este AÑO ESCOLAR, ¿_____ ha recibido crédito educativo?			¿Quién le concedió el crédito educativo?			OBSERVACIONES		
<div><div>Sí <input type="checkbox"/></div><div>No <input type="checkbox"/></div></div> <div><div>1</div><div>2</div></div> <div>Termine capítulo</div> <div>Frecuencia:</div> <div><div>Mensual <input type="checkbox"/></div><div>Bimestral <input type="checkbox"/></div><div>Semestral <input type="checkbox"/></div><div>Anual <input type="checkbox"/></div></div>			<div>ICETEX <input type="checkbox"/></div> <div>Fondo Nacional del Ahorro <input type="checkbox"/></div> <div>Banco o corporación <input type="checkbox"/></div> <div>Otra entidad pública <input type="checkbox"/></div> <div>Establecimiento educativo <input type="checkbox"/></div> <div>Fundación (ONG) <input type="checkbox"/></div> <div>Otra entidad, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/></div>					
C.R.	Valor (\$)	Frecuencia	C.R.	Otra entidad, ¿cuál?				
16			17					

01						01
02						02
03						03
04						04
05						05
06						06
07						07
08						08
09						09

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

Registre el número de orden de la persona que suministra la información	¿En qué actividad ocupó _____ la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?		Además de lo anterior, ¿_____ realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	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?	¿_____ trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?	En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿_____ hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?	¿Desea _____ conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?	Durante los últimos 12 MESES (últimas 52 semanas), ¿_____ trabajó por lo menos 2 semanas consecutivas?	Después de su último empleo, ¿_____ ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?
	Espere respuesta								
	Trabajando	1 → Pase a 12			Sí 1 → Pase a 12	Sí 1 → Pase a 11	Sí 1	Sí 1	Sí 1 → Pase a 11
	Buscando trabajo	2	Sí 1 → Pase a 12	Sí 1 → Pase a 12	No 2	No 2	No 2	No 2 → Pase a 10	No 2 → Pase a 39
Estudiando	3								
Oficios del hogar	4			No 2					
Incapacitado permanente para trabajar	5 → Pase a 39								
Otra actividad, ¿cuál? _____	6								
C.R.	Otra actividad								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

01									01
02									02
03									03

04									04
05									05
06									06

07									07
08									08
09									09

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

<p>Durante los últimos 12 MESES (últimas 52 semanas), ¿_____ ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> → Pase a 39</p>		<p>Si le hubiera resultado algún trabajo a _____, ¿estaba disponible LA SEMANA PASADA para empezar a trabajar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> → Pase a 36</p> <p>No <input type="text" value="2"/> → Pase a 39</p>		<p>¿Qué hace _____ en este trabajo?</p>		<p>¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja _____?</p>			
10		11		12		Código		13	
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09

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

¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que ____ realiza su trabajo?	En este trabajo ____ es: <div>Lea las alternativas</div> <div>Obrero o empleado de empresa particular</div> <div>Obrero o empleado del gobierno</div> <div>Empleado doméstico</div> <div>Profesional independiente</div> <div>Trabajador independiente o por cuenta propia</div> <div>Patrón o empleador</div> <div>Trabajador de finca, tierra o parcela PROPIA, EN ARRIENDO, APARCERÍA, USUFRUCTO O POSESIÓN</div> <div>Trabajador sin remuneración</div> <div>Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.)</div> <div>Jornalero o peón</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>10</div> <div>Pase a 29</div> <div>Pase a 31</div>	¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua? <div>Si es menos de un mes, escriba 00</div>	¿Está afiliado por una empresa o individualmente a una Aseguradora de Riesgos Profesionales (ARP) (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)? <div>Si</div> <div>No</div> <div>No sabe, no informa</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>9</div>	
		Número de meses		
14	Código	15	16	17

01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09

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

¿La empresa donde trabaja le suministra elementos de protección personal para la realización de su trabajo?	Sí	1						
	No	2						
	No necesita	3						
Antes de descuentos, ¿cuánto ganó ____ el mes pasado en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya horas extras, viáticos y pagos en especie)	Si no recibe salario en dinero, escriba 00							
Además del salario en dinero, el MES PASADO ____ recibió:								
Alimentos como parte de pago por su trabajo		Vivienda como parte de pago por su trabajo		Otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)		¿Normalmente ____ utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?		
Sí 1		Sí 1		Sí 1		Sí 1		
No 2		No 2		No 2		No 2		
No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		No sabe, no informa 9		
Valor mensual (\$)		C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	
18	19	20		21		22		23

01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09

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

El MES PASADO, ____ recibió:								Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ____ recibió:							
¿Subsidio de alimentación en dinero?		¿Auxilio de transporte en dinero?		¿Subsidio familiar en dinero?		¿Primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero?		1. ¿Prima de servicios?		2. ¿Prima de navidad?		3. ¿Prima de vacaciones?			
Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1		
No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2		
No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9		
C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)		
24		25		26		27		28							

01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09

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

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ____ recibió:		¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de ____ en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO?		¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Cuántas personas, incluido usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?		Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?		El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:			
4. ¿Bonificaciones?		5. ¿Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?		<div>Si no obtuvo ganancias, escriba 00</div>		<div>Solo para centros poblados y área rural dispersa</div>		<div>Espere respuesta</div>					
Sí <input type="text" value="1"/>		Sí <input type="text" value="1"/>				Trabaja solo <input type="text" value="1"/>		Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="text" value="1"/>		Bus intermunicipal <input type="text" value="1"/>			
No <input type="text" value="2"/>		No <input type="text" value="2"/>				2 a 3 personas <input type="text" value="2"/>		En la vivienda que habita <input type="text" value="2"/>		Bus urbano <input type="text" value="2"/>			
No sabe, no informa <input type="text" value="9"/>		No sabe, no informa <input type="text" value="9"/>				4 a 5 personas <input type="text" value="3"/>		En otras viviendas <input type="text" value="3"/>		A pie <input type="text" value="3"/>			
		<div>Después de diligenciar esta pregunta pase a 31</div>				6 a 10 personas <input type="text" value="4"/>		En kiosco-caseta <input type="text" value="4"/>		Metro <input type="text" value="4"/>			
						11 a 19 personas <input type="text" value="5"/>		En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) <input type="text" value="5"/>		Transporte articulado (Transmilenio, MIO, y otros) <input type="text" value="5"/>			
						20 a 30 personas <input type="text" value="6"/>		Puerta a puerta <input type="text" value="6"/>		Taxi <input type="text" value="6"/>			
						31 a 50 personas <input type="text" value="7"/>		Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario) <input type="text" value="7"/>		Transporte de la empresa <input type="text" value="7"/>			
						51 a 100 personas <input type="text" value="8"/>		En el campo o área rural, mar o río <input type="text" value="8"/>		Automóvil de uso particular <input type="text" value="8"/>			
						101 o más personas <input type="text" value="9"/>		En una obra de construcción <input type="text" value="9"/>		Lancha, planchón, canoa <input type="text" value="9"/>			
								En una mina o cantera <input type="text" value="10"/>		Caballo <input type="text" value="10"/>			
										Moto o bicicleta <input type="text" value="11"/>			
										Otro <input type="text" value="12"/>			
C.R.		Valor (\$)		Honorarios o ganancia neta en el mes pasado (\$)		Honorarios o ganancia neta en los últimos doce meses (\$)							
28 (conclusión)				29		30		31		32		33	

01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09

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

¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo? (incluya tiempo de espera del medio de transporte)		Además de su ocupación u oficio principal, ¿_____ el mes pasado tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?		¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo _____ buscando trabajo?		¿_____ ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?		¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa o negocio en el que _____ realizó su trabajo?		El mes pasado, ¿ _____ recibió algún ingreso por concepto de trabajo?	
		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>				Por primera vez <input type="text" value="1"/> → <div>Pase a 39</div> Trabajó antes <input type="text" value="2"/>				Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> No sabe, no informa <input type="text" value="9"/>	
		<div>Después de diligenciar pase a 40</div>									
Minutos		C.R.	Valor total percibido (\$)	Número de semanas						C.R.	Valor (\$)
34			35	36		37		38		Código	39

01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09

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

<p>¿Está ____ cotizando actualmente a un fondo de pensiones?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>Ya es pensionado <input type="text" value="3"/></p> <p>Pase a 42</p>		<p>¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente?</p> <p>Solicitar carné de afiliación</p> <p>Instituto de Seguros Sociales (ISS) <input type="text" value="1"/></p> <p>Cajas de previsión <input type="text" value="2"/></p> <p>Fuerzas Militares o Policía Nacional <input type="text" value="3"/></p> <p>Magisterio <input type="text" value="4"/></p> <p>ECOPETROL <input type="text" value="5"/></p> <p>Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones) <input type="text" value="6"/></p> <p>Fondo subsidiado (Prosperar) <input type="text" value="7"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="8"/></p>		<p>El mes pasado, ¿ ____ recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>		<p>El mes pasado, ¿ ____ recibió algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos menores de 18 años? (incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes)</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>		<p>El mes pasado, ¿ ____ recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>		<p>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ ____ recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>	
C.R.		Valor (\$)		C.R.		Valor (\$)		C.R.		Valor (\$)	
40		41		42		43		44		45	
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09

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

<div>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿_____ recibió algún ingreso por concepto de ayudas en dinero proveniente de otros hogares o instituciones? (padres, hijos, familiares, amigos)</div> <div><div><div>Sí<div>1</div></div><div>No<div>2</div></div><div>No sabe, no informa<div>9</div></div></div><div>El dinero provino de:</div><div><div>Fuera del país<div>1</div></div><div>Dentro del país<div>2</div></div><div>Ambas partes<div>3</div></div></div></div>				<div>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿_____ recibió dinero por venta de propiedades? (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)</div> <div><div><div>Sí<div>1</div></div><div>No<div>2</div></div><div>No sabe, no informa<div>9</div></div></div></div>				<div>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿_____ recibió dinero por otros conceptos? (cesantías, intereses de cesantías, intereses por préstamos o CDT, rifas, etc.)</div> <div><div><div>Sí<div>1</div></div><div>No<div>2</div></div><div>No sabe, no informa<div>9</div></div></div></div>				OBSERVACIONES					
C.R.		Proce.		Valor (\$)		C.R.		Valor (\$)		C.R.		Valor (\$)					
				46				47				48					
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	

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

¿Con qué frecuencia utiliza _____ el computador (en cualquier lugar)?		¿Con qué frecuencia utiliza _____ internet (en cualquier lugar)?		En cuáles de los siguientes sitios accede _____ a internet:		Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza _____ internet:	
Todos los días de la semana <input type="checkbox"/>		Todos los días de la semana <input type="checkbox"/>		En el hogar <input type="checkbox"/>		Obtener información (Excluir la búsqueda de información con fines de educación aprendizaje) <input type="checkbox"/>	
Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/>		Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/>		En el trabajo <input type="checkbox"/>		Correo y mensajería <input type="checkbox"/>	
Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/>		Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/>		En la institución educativa <input type="checkbox"/>		Redes sociales <input type="checkbox"/>	
No utiliza computador <input type="checkbox"/>		No utiliza internet <input type="checkbox"/> <div>Pase a 5</div>		En centros de acceso público gratis <input type="checkbox"/>		Comprar/ordenar productos o servicios <input type="checkbox"/>	
				En centros de acceso público con costo (café internet) <input type="checkbox"/>		Banca electrónica y otros servicios financieros <input type="checkbox"/>	
				En la casa de otra persona (pariente, amigo, vecino) <input type="checkbox"/>		Educación y aprendizaje <input type="checkbox"/>	
				Otro sitio <input type="checkbox"/>		Trámites con organismos gubernamentales <input type="checkbox"/>	
						Actividades de entretenimiento (juegos, bajar música, etc.) <input type="checkbox"/>	
						Otro servicio <input type="checkbox"/>	
1		2		3		4	

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

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

Nombre(s) y apellido(s) de la persona:	Número de orden de la persona que proporciona la información:	Sexo:	¿Cuál es la fecha de nacimiento de_____?			¿Cuántos años cumplidos tiene_____?
			Si no conoce el día, el mes o el año, escriba 9 en los espacios correspondientes a cada uno de ellos			Si es menor de un año, escriba 00
		Hombre				
		Mujer				
			Día	Mes	Año	Años
		1				
		2				

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

I. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (para personas de 5 años y más) (conclusión)

¿_____ tiene teléfono celular?	A pesar de no tener celular_____ accede al servicio de telefonía móvil por:	Para cuál de las siguientes actividades utiliza usted el teléfono celular:	OBSERVACIONES
Sí <input type="text" value="1"/> → Pase a 7	Un vendedor de minutos <input type="text" value="1"/>	Llamadas personales o familiares <input type="text" value="1"/>	
No <input type="text" value="2"/>	Prestado ocasionalmente por otra persona <input type="text" value="1"/>	Llamadas laborales <input type="text" value="2"/>	
	No accede al servicio <input type="text" value="2"/> Termina capítulo	Navegación en internet <input type="text" value="3"/>	
		Mensajería <input type="text" value="4"/>	
		Venta de minutos <input type="text" value="5"/>	
		Otras actividades <input type="text" value="6"/>	

			5	6	7
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			
		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>			

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

[illegible]

K. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (para el feje del hogar o su cónyuge)

1. Nombre de la persona que responde este capítulo

_____ Número de orden

2. ¿Cómo se siente en el barrio, pueblo o vereda donde vive?

Seguro

Inseguro

3. Durante los últimos 12 MESES, ¿de cuáles de los siguientes hechos ha sido víctima usted o algún miembro del hogar?

a. Atracos o robos

Sí	No
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

b. Otro hecho violento (homicidios, asesinatos, secuestros, lesiones personales, violaciones, extorsiones, desalojos)

<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

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

Muy buenas

Buenas

Regulares

Malas

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

Mejor

Igual

Peor

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

Mejor

Igual

Peor

7. ¿Usted se considera pobre?

Sí

No

8. Los ingresos de su hogar:

No alcanzan para cubrir los gastos mínimos

Solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos

Cubren más que los gastos mínimos

9. Durante los últimos 12 meses, algún miembro de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal por concepto de:

1. Familias en acción

Sí	¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
No	<input type="text"/> <input type="text"/>

2. Programa para adultos mayores

Sí	<input type="text"/> <input type="text"/>
No	<input type="text"/> <input type="text"/>

3. Otro, ¿cuál?

Sí	<input type="text"/> <input type="text"/>
No	<input type="text"/> <input type="text"/>

Sí en todas las opciones responde No, pase a 11

10. Este o estos subsidios los recibieron:

1. En dinero

Sí	¿Cuánto recibieron en los últimos doce meses?
<input type="text"/> <input type="text"/>	Valor \$ _____
No	<input type="text"/> <input type="text"/>

2. En especie

Sí	¿En cuánto estima lo que recibieron en los últimos doce meses?
<input type="text"/> <input type="text"/>	Valor \$ _____
No	<input type="text"/> <input type="text"/>

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

	Sí	No
1. Máquina lavadora de ropa	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Nevera o refrigerador	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Estufa eléctrica o de gas	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Horno eléctrico o de gas	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Horno microondas	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Tv a color convencional	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Tv LCD, plasma o LED	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. Reproductor de video (DVD, Blue-ray, otros)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
10. Equipo de sonido	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
11. Aire acondicionado	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
12. Ventilador o abanico	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
13. Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
14. Consolas para juegos electrónicos: Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendos, Gameboy, etc.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
15. Carro particular	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
16. Moto o motoneta	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
17. Bicicleta	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
18. Casa, apartamento o finca de recreo	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
19. Servicio de televisión por suscripción cable o antena parabólica	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
20. Cámara fotográfica digital o de video	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
21. Computador de escritorio	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
22. Computador portátil	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tableta	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

L. SEGURIDAD ALIMENTARIA. Si el hogar está integrado solo por adultos (personas de 18 años y más), aplique preguntas 1 a 9 y la 17. Si el hogar está conformado por adultos y personas menores de 18 años, aplique todas las preguntas, es decir de 1 a 17.

<p>1. En los últimos 30 días, ¿usted se preocupó alguna vez de que en su hogar se acabaran los alimentos debido a falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>7. En los últimos 30 días, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar sintió o se quejó de hambre y no comió por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>12. En los últimos 30 días, ¿alguna vez algún niño o joven de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	OBSERVACIONES
<p>2. En los últimos 30 días, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>8. En los últimos 30 días, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar solo comió una sola vez al día o dejó de comer todo un día por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>13. En los últimos 30 días, ¿alguna vez usted tuvo que disminuir la cantidad servida en las comidas de algún niño o joven de su hogar, por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	
<p>3. En los últimos 30 días, ¿alguna vez por falta de dinero algún adulto de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva, es decir que contenga: carnes, leche o productos lácteos, frutas, huevos, verduras, cereales, leguminosas, tubérculos y plátanos?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>9. En los últimos 30 días, ¿alguna vez algún adulto de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para los alimentos?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>14. En los últimos 30 días, ¿alguna vez, algún niño o joven de su hogar se quejó de hambre pero no se pudo comprar más alimentos por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	
<p>4. En los últimos 30 días, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>10. En los últimos 30 días, ¿alguna vez por falta de dinero algún niño o joven de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva, es decir que contenga carne, leche o productos lácteos, frutas, huevos, verduras, cereales, leguminosas, tubérculos y plátanos?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>15. En los últimos 30 días, ¿alguna vez, algún niño o joven de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para los alimentos?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	
<p>5. En los últimos 30 días, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar no pudo variar la alimentación por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>11. En los últimos 30 días, ¿alguna vez algún niño o joven de su hogar no pudo variar la alimentación por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>16. En los últimos 30 días, ¿alguna vez, algún niño o joven de su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	
<p>6. En los últimos 30 días, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado por falta de dinero?</p> <p>Sí <input type="text"/> 1 <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/> 2 <input type="text"/></p>	<p>17. ¿Cuántas libras de arroz consumió este hogar la semana pasada dentro del hogar?</p> <p>Libras _____</p> <p>Gramos _____</p>		

Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Bogotá, D. C., julio de 2012