



**ENCUESTA LONGITUDINAL  
DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA  
COLOMBIA 2012**



Formulario núm. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**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.

**I. IDENTIFICACIÓN**

1. Región

2. Departamento

3. Municipio

4. Clase

5. Sector

6. Sección

7. Manzana

8. Segmento

9. Área geográfica

10. Edificación

11. Vivienda núm.

12. Total hogares en la vivienda

13. Hogar núm.

14. Barrio, centro poblado o vereda: \_\_\_\_\_

15. Dirección de la vivienda o nombre de la finca: \_\_\_\_\_

**II. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA**

**1. ENCUESTA**

Encuestador   Nombre(s) \_\_\_\_\_  
Apellido(s) \_\_\_\_\_

Semana de recolección

RESULTADO DE LA ENCUESTA				
Visita núm.	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"/>			
Hora de inicio (hora - minutos)	<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"/>
	a.m. <input type="text"/> <input type="text"/> p.m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/> <input type="text"/> p.m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/> <input type="text"/> p.m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/> <input type="text"/> p.m. <input type="text"/> <input type="text"/>
Hora de terminación (hora - minutos)	<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"/>
	a.m. <input type="text"/> <input type="text"/> p.m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/> <input type="text"/> p.m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/> <input type="text"/> p.m. <input type="text"/> <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/> <input type="text"/> p.m. <input type="text"/> <input type="text"/>
Resultado (*)				

**2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA**

Supervisor

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Apellido(s) \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- \* EC= 1. Encuesta completa
- EI= 2. Encuesta incompleta
- OC= 3. Ocupado
- NH= 4. Nadie en el hogar
- AT= 5. Ausente temporalmente
- R= 6. Rechazo
- V= 7. Vacante
- O= 8. Otro motivo

Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## A. DATOS DE LA VIVIENDA (diligencie este capítulo solo para el hogar 1 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, parquet
- Mármol
- Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo
- Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal
- Cemento, gravilla
- Tierra, arena

### 4. ¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta la vivienda?

- |                           | Sí   | Estrato para tarifa             | No   |
|---------------------------|--|---------------------------------|--|
| 1. Energía eléctrica      | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | → <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 2. Acueducto              | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> |                                 | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 3. Alcantarillado         | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> |                                 | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 4. Recolección de basuras | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | → <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
- Veces por semana

Para las personas que no tienen acueducto pase a 6

### 5. ¿El agua llega al hogar las 24 horas del día todos los siete días de la semana?

- Sí
- No

### 6. ¿Esta vivienda tiene alguno de los siguientes problemas?

- |   | Sí   | No   |
|---|--|--|
| 1. Humedades en el techo o en las paredes           | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 2. Goteras en el techo                              | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 3. Grietas en techos y paredes                      | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 4. Fallas en tuberías, cañerías o desagües          | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 5. Grietas en el piso                               | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 6. Cielorrasos o tejas en mal estado                | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 7. Escasa ventilación                               | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 8. Se inunda cuando llueve o cuando se crece el río | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 9. Peligro de derrumbe, avalancha o deslizamiento   | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |
| 10. Hundimiento del terreno                         | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> |

### 7. Incluyendo sala y comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas dispone esta vivienda?

 

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

 

Si solo hay un hogar pase a B.2

### OBSERVACIONES

---



---



---



---



---



---



---



---

## B. 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 6

### 5. El servicio sanitario del hogar es:

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

### 6. El agua para preparar los alimentos, la obtienen principalmente de:

- |                             |  |                                       |   |
|-----------------------------|--|---------------------------------------|---|
| Acueducto público           | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> | Río, quebrada, manantial o nacimiento | <input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>  |
| Acueducto comunal o veredal | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> | Pila pública                          | <input type="text" value="7"/> <input type="text" value=""/>  |
| Pozo con bomba              | <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> | Carro tanque                          | <input type="text" value="8"/> <input type="text" value=""/>  |
| Pozo sin bomba, jagüey      | <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/> | Aguatero                              | <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/>  |
| Agua lluvia                 | <input type="text" value="5"/> <input type="text" value=""/> | Agua embotellada o en bolsa           | <input type="text" value="10"/> <input type="text" value=""/> |

### 7. ¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?

- La recogen los servicios del 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.)



### C. COMPOSICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar)

<p><b>¿Cuál es el parentesco de _____ con el jefe o la jefa de este hogar?</b></p> <p>Jefe del hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Hijo(a) biológico <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hijo(a) adoptado <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Hijastro(a) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Nieto(a) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Padre, madre, padrastro, madrastra <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Suegro(a) <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Hermanos(as), hermanastros(as) <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Otro pariente <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Empleado(a) de servicio doméstico <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Parientes del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Pensionista <input type="checkbox"/> 14</p> <p>Trabajador <input type="checkbox"/> 15</p> <p>Otro no pariente <input type="checkbox"/> 16</p> <p>Para menores de 10 años, pase a 9</p>	<p><b>Actualmente _____ :</b></p> <p>No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Está casado(a) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Pase a 9</p> <p>Si respondió C5=2, pase a 9. Si en esta pregunta responde 3, 4 o 5, pase a 9</p>	<p><b>El (la) cónyuge de _____ ¿vive en este hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Pase a 9</p> <p>C.R.      Número de orden</p>	<p><b>¿Dónde vive actualmente su cónyuge o pareja?:</b></p> <p>En otra vivienda <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En una institución de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Es empleado en otro municipio o campamento de la empresa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Fuera del país <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Internado en una institución médica (ancianato, asilo, casa de reposo o institución de salud) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>En una correccional o cárcel <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra <input type="checkbox"/> 8</p>	<p><b>El padre de _____ ¿vive en este hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fallecido <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 12</p> <p>C.R.      Número de orden</p>	<p><b>¿Cuál es o fue el nivel de estudios más alto alcanzado por el padre de _____?</b></p> <p>Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Universidad sin título <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Universidad con título <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Posgrado <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 10</p> <p>No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 99</p> <p>Pase a 12</p>	<p><b>¿ El padre de _____ sabe o sabía leer y escribir?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><b>La madre de _____ ¿vive en este hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Fallecida <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 15</p> <p>C.R.      Número de orden</p>
<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

01								01
02								02
03								03

04								04
05								05
06								06

### C. COMPOSICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar) (continuación)

<p><b>¿Cuál es o fue el nivel de estudios más alto alcanzado por la madre de _____?</b></p> <p>Algunos años de primaria <input type="text" value="1"/></p> <p>Toda la primaria <input type="text" value="2"/></p> <p>Algunos años de secundaria <input type="text" value="3"/></p> <p>Toda la secundaria <input type="text" value="4"/></p> <p>Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="text" value="5"/> Pase a 15</p> <p>Técnica o tecnológica completa <input type="text" value="6"/></p> <p>Universidad sin título <input type="text" value="7"/></p> <p>Universidad con título <input type="text" value="8"/></p> <p>Posgrado <input type="text" value="9"/></p> <p>Ninguno <input type="text" value="10"/></p> <p>No sabe/no responde <input type="text" value="99"/></p>	<p><b>¿La madre de _____ sabe o sabía leer y escribir?</b></p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe/no responde <input type="text" value="9"/></p>	<p><b>¿En qué lugar vivían los padres de _____ cuando él/ella nació?</b></p> <p>En este municipio <input type="text" value="1"/> Pase a 17</p> <p>En otro municipio <input type="text" value="2"/></p> <p>En otro país <input type="text" value="3"/></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">C.R.</td> <td style="width:30%;">Departamento</td> <td style="width:10%;">Código</td> <td style="width:30%;">Municipio</td> <td style="width:10%;">Código</td> </tr> </table>	C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código	<p><b>¿ _____ desde qué año vive en Colombia?</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="text" value="Si no sabe registre 99"/></p>	<p><b>¿ _____ siempre ha vivido aquí en este municipio?</b></p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> Pase a 22</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p>	<p><b>¿Cuántos años continuos hace que vive _____ aquí en este municipio?</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="text" value="Si es menos de un año = 00"/></p>
C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código						
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>					

01							<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	01
02							<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	02
03							<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	03

04							<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	04
05							<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	05
06							<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	06

### C. COMPOSICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar) (continuación)

Antes de venir a este municipio _____ vivía en:					_____ vivía en:		¿Cuál fué la razón principal para cambiar la residencia al municipio actual?		¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como:		
Otro país <input type="checkbox"/> 1 Pase a 22 Otro municipio <input type="checkbox"/> 2					El centro urbano donde está la alcaldía <input type="checkbox"/> 1 Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/> 2		Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia <input type="checkbox"/> 1 Riesgo o consecuencia de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) <input type="checkbox"/> 2 Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia <input type="checkbox"/> 3 Necesidad de educación <input type="checkbox"/> 4 Porque se casó o formó pareja <input type="checkbox"/> 5 Motivos de salud <input type="checkbox"/> 6 Mejorar la vivienda o localización <input type="checkbox"/> 7 Mejores oportunidades laborales o de negocio <input type="checkbox"/> 8 Otra <input type="checkbox"/> 9		Indígena <input type="checkbox"/> 1 Gitano o Rom <input type="checkbox"/> 2 Raizal <input type="checkbox"/> 3 Palenquero <input type="checkbox"/> 4 Negro, mulato (afrodescendiente) <input type="checkbox"/> 5 Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 6		
C. R.	Departamento	Código	Municipio	Código							
		19			20	21	22	<b>OBSERVACIONES</b>			

01											
02											
03											

04											
05											
06											

## C1. IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO (para todas las personas del hogar)

¿ _____ tiene teléfono de contacto?  Fijo <input type="checkbox"/> 1 Móviles <input type="checkbox"/> 2 No tiene <input type="checkbox"/> 3  Para menores de 10 años, pase a pregunta 6		¿ _____ tiene correo electrónico?  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 4		¿Con qué frecuencia usa el correo electrónico _____?  Más de 1 vez al día <input type="checkbox"/> 1 1 vez al día <input type="checkbox"/> 2 2 a 5 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> 4 2 a 3 veces por mes <input type="checkbox"/> 5 Casi nunca <input type="checkbox"/> 6  Para menores de 10 años, pase a 6		¿Espera _____ cambiar de domi- cilio en los pró- ximos 2 años?  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a pregunta 6		¿A qué lugar piensa _____ cambiar de domicilio?  Otro país <input type="checkbox"/> 1 En este municipio <input type="checkbox"/> 2 Otro municipio <input type="checkbox"/> 3	
C.R.	Número telefónico	C.R.	Correo electrónico			C.R.	Departamento, municipio y códigos	A qué barrio, vereda o corregimiento	
	1		2	3	4		5		

01	<input type="checkbox"/> 1 Fijo	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	01
	<input type="checkbox"/> 2 Móviles	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Departamento	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Municipio	<input type="text"/>	
02	<input type="checkbox"/> 1 Fijo	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	02
	<input type="checkbox"/> 2 Móviles	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Departamento	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Municipio	<input type="text"/>	
03	<input type="checkbox"/> 1 Fijo	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	03
	<input type="checkbox"/> 2 Móviles	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Departamento	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Municipio	<input type="text"/>	

04	<input type="checkbox"/> 1 Fijo	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	04
	<input type="checkbox"/> 2 Móviles	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Departamento	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Municipio	<input type="text"/>	
05	<input type="checkbox"/> 1 Fijo	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	05
	<input type="checkbox"/> 2 Móviles	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Departamento	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Municipio	<input type="text"/>	
06	<input type="checkbox"/> 1 Fijo	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	06
	<input type="checkbox"/> 2 Móviles	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Departamento	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>				Municipio	<input type="text"/>	

## C1. IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO (para todas las personas del hogar) (conclusión)

<b>¿Tiene un familiar o conocido que no viva con _____, con el que podríamos contactarnos en el futuro en caso que cambie de domicilio?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Termine capítulo  Ya está registrado <input type="checkbox"/> 3 → Número de orden de la persona que registró la información. Termine capítulo		<b>Parentesco de _____, con la persona a contactar:</b> Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 1 Hijo(a)/hijastro(a) <input type="checkbox"/> 2 Nieto(a) <input type="checkbox"/> 3 Padre, madre, padrastro, madrastra <input type="checkbox"/> 4 Suegro(a) <input type="checkbox"/> 5 Hermano(a)/hermanastro(a) <input type="checkbox"/> 6 Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 7 Otro pariente <input type="checkbox"/> 8 Otro no pariente <input type="checkbox"/> 9		<b>¿Tiene teléfono de contacto de la persona a contactar?</b>  Fijo <input type="checkbox"/> 1 Móviles <input type="checkbox"/> 2 No tiene <input type="checkbox"/> 3		<b>Dirección de la persona a contactar:</b>		
C.R.	Nombre(s) y apellido(s)	N.O.	C.R.	Número telefónico	Dirección	Barrio, vereda o corregimiento	Departamento, municipio y códigos	
	6			8	9			

01	Nombre(s)			<input type="checkbox"/> 1 Fijo			Departamento	<input type="checkbox"/>	01
	Apellido(s)			<input type="checkbox"/> 2 Móviles			Municipio	<input type="checkbox"/>	
02	Nombre(s)			<input type="checkbox"/> 1 Fijo			Departamento	<input type="checkbox"/>	02
	Apellido(s)			<input type="checkbox"/> 2 Móviles			Municipio	<input type="checkbox"/>	
03	Nombre(s)			<input type="checkbox"/> 1 Fijo			Departamento	<input type="checkbox"/>	03
	Apellido(s)			<input type="checkbox"/> 2 Móviles			Municipio	<input type="checkbox"/>	

04	Nombre(s)			<input type="checkbox"/> 1 Fijo			Departamento	<input type="checkbox"/>	04
	Apellido(s)			<input type="checkbox"/> 2 Móviles			Municipio	<input type="checkbox"/>	
05	Nombre(s)			<input type="checkbox"/> 1 Fijo			Departamento	<input type="checkbox"/>	05
	Apellido(s)			<input type="checkbox"/> 2 Móviles			Municipio	<input type="checkbox"/>	
06	Nombre(s)			<input type="checkbox"/> 1 Fijo			Departamento	<input type="checkbox"/>	06
	Apellido(s)			<input type="checkbox"/> 2 Móviles			Municipio	<input type="checkbox"/>	

## D. MENORES (para niños menores de 5 años)

<p><b>¿Dónde o con quién permanece durante la mayor parte del tiempo entre semana?</b></p> <p>Asiste a un hogar comunitario, guardería o jardín <input type="checkbox"/> 1 <small>Pase a 3</small></p> <p>Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con empleada o niñera en la casa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Al cuidado de un pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Al cuidado de un pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En casa solo <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 8</p>	<p><b>¿Cuál es la razón principal por la que no asiste a una guardería, hogar comunitario o jardín?</b></p> <p>No hay una institución cercana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Es muy costoso <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No encontró cupo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Prefiere el cuidado de un familiar en casa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6</p> <p style="text-align: center;"><small>Después de diligenciar, pase a 5</small></p> <p>C.R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>	<p><b>¿A qué tipo de hogar comunitario, guardería o jardín asiste?</b></p> <p>Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Guardería hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Otra guardería o jardín oficial <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Guardería o jardín privado <input type="checkbox"/> 4</p>	<p><b>¿Qué medio de transporte utiliza para ir a la institución a la que asiste?</b></p> <p>Vehículo particular <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Transporte escolar (ruta escolar) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Transporte público <input type="checkbox"/> 3</p> <p>A pie <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 5</p>	<p><b>¿Recibe o toma desayuno en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>¿Recibe o toma medias nueves en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>¿Recibe o toma almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>¿Cuáles actividades realiza la madre habitualmente con ____?</b></p> <p>Cantar y leer o contar cuentos <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Realizar juegos y rondas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Salir al parque <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Practicar deportes <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Realizar actividades artísticas o manualidades <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Compartir por lo menos una comida al día <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Revisar tareas y estudiar <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otras, ¿cuáles? <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ninguna actividad <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: center;"><small>Si respondió C12=9, madre fallecida, no formule esta pregunta</small></p> <p>C.R. <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/></p>
1	2	3	4	5	6	7	8

01							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		01
02							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		02
03							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		03

04							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		04
05							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		05
06							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		06

## D. MENORES (para niños menores de 5 años) (conclusión)

¿Cuáles actividades realiza el padre habitualmente con _____?		¿Con quién permanece _____ después de asistir al hogar comunitario, guardería o jardín, o durante la mayor parte del tiempo entre semana?		¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?		¿Llevan a _____ a control de crecimiento y desarrollo?		¿Cuáles fueron las principales razones para no llevar a _____ a un control de crecimiento y desarrollo?		OBSERVACIONES
Cantar y leer o contar cuentos	<input type="checkbox"/> 1	Si D1=2,3 o 7, permanezca con el padre o la madre en la casa o en el trabajo; entonces formule esta pregunta.  Una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1 Una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2 Una institución <input type="checkbox"/> 3 Pase a 12 Pase a 12	Algunos años de primaria	<input type="checkbox"/> 1	¿Llevar a _____ a control de crecimiento y desarrollo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 ¿Cuántas veces lo llevaron durante los ÚLTIMOS 12 MESES?  Termina capítulo	C.R.	Número de veces	No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta	<input type="checkbox"/> 1	
Realizar juegos y rondas	<input type="checkbox"/> 2		Toda la primaria	<input type="checkbox"/> 2				C.R.	Número de veces	La consulta es muy cara, no tiene plata
Salir al parque	<input type="checkbox"/> 3		Algunos años de secundaria	<input type="checkbox"/> 3	C.R.	Número de veces	El lugar donde lo atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca			<input type="checkbox"/> 3
Practicar deportes	<input type="checkbox"/> 4	Toda la secundaria	<input type="checkbox"/> 4	C.R.			Número de veces	No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo	<input type="checkbox"/> 4	
Realizar actividades artísticas o manualidades	<input type="checkbox"/> 5	Uno o más años de técnica o tecnológica	<input type="checkbox"/> 5		C.R.	Número de veces		No está afiliado a EPS o a régimen subsidiado	<input type="checkbox"/> 5	
Compartir por lo menos una comida al día	<input type="checkbox"/> 6	Técnica o tecnológica completa	<input type="checkbox"/> 6	C.R.			Número de veces	Atienden muy mal, o no lo atendieron	<input type="checkbox"/> 6	
Revisar tareas y estudiar	<input type="checkbox"/> 7	Universidad sin título	<input type="checkbox"/> 7		C.R.	Número de veces		No consiguió cita cercana en el tiempo	<input type="checkbox"/> 7	
Otras, ¿cuáles?	<input type="checkbox"/> 8	Universidad con título	<input type="checkbox"/> 8	C.R.			Número de veces	Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados	<input type="checkbox"/> 8	
Ninguna actividad	<input type="checkbox"/> 9	Posgrado	<input type="checkbox"/> 9		C.R.	Número de veces		Considera que no está en edad o es recién nacido	<input type="checkbox"/> 9	
Si respondió C9=9, padre fallecido; no formule esta pregunta		Ninguno	<input type="checkbox"/> 10	C.R.			Número de veces	Otra, ¿cuál?	<input type="checkbox"/> 10	
		No sabe/no responde	<input type="checkbox"/> 99							
C.R.		Otra, ¿cuál?		C.R.		Otra, ¿cuál?				
9		10		11		12		13		

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			01
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			02
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			03

04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			04
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			05
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9							<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			06

## E. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más)

<p>¿Sabe leer y escribir?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>¿ _____ actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Si es menor de 40 años, continúe</p> <p>Si tiene 40 años o más pase a 4</p>	<p><b>Solo para menores de 40 años</b></p> <p>¿Cuál es la principal razón para que _____ no asista a un establecimiento educativo?</p> <p>Considera que no está en edad escolar o que ya terminó <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Falta de dinero o costos educativos elevados <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños y de otras personas del hogar: ancianos, personas discapacitadas, etc.) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Por embarazo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Falta de cupo o no existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No le gusta o no le interesa el estudio <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Necesita trabajar <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: center;">Espere respuesta</p> <p>C.R. _____ Otra, ¿cuál? _____</p>	<p>¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por _____ y el último año o grado aprobado en este nivel?</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Pase a 23</p> <p>Preescolar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Básica primaria (1.º a 5.º) <input type="checkbox"/> 3 Pase a 6</p> <p>Básica secundaria (6.º a 9.º) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Media (10.º a 13.º) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Técnico sin título <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Técnico con título <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Tecnológico sin título <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Tecnológico con título <input type="checkbox"/> 9 Pase a 6</p> <p>Universitaria sin título <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Universitaria con título <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Posgrado sin título <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Posgrado con título <input type="checkbox"/> 13</p> <p>C.R. _____ Grado o año aprobado: _____</p>	<p>¿Se graduó _____ de bachiller (secundaria, media)?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Haga esta pregunta a las personas que respondieron nivel media grado 11, 12 o 13 de la pregunta 4</p>	<p>El último establecimiento educativo al que asistió _____ era:</p> <p>Oficial <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No oficial <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>
1	2	3	4	5	6

01							01
02							02
03							03

04							04
05							05
06							06

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

<b>¿En qué lugar estudió por última vez?</b>  En este municipio <input type="checkbox"/> 1 En otro municipio <input type="checkbox"/> 2 En otro país <input type="checkbox"/> 3 No sabe/no informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 9					<b>Este establecimiento estaba ubicado en:</b>  Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1  Corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/> 2  No sabe /no responde <input type="checkbox"/> 9		<b>¿Hace cuántos años dejó de estudiar en una institución formal?</b>  Si no sabe registre 99		<b>Solo para menores de 40 años</b> <b>¿Cursó algún nivel de preescolar?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  Después de diligenciar pase a pregunta 23		<b>¿En qué nivel está matriculado _____ y qué grado o año cursa?</b>  Preescolar <input type="checkbox"/> 1 Básica primaria (1.º a 5.º) <input type="checkbox"/> 2 Básica secundaria (6.º a 9.º) <input type="checkbox"/> 3 Media (10.º a 13.º) <input type="checkbox"/> 4 Técnico <input type="checkbox"/> 5 Tecnológico <input type="checkbox"/> 6 Universitario <input type="checkbox"/> 7 Posgrado <input type="checkbox"/> 8		<b>El establecimiento donde estudia ____ es:</b>  Oficial <input type="checkbox"/> 1 No oficial <input type="checkbox"/> 2			<b>Este establecimiento está ubicado en:</b>  Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1  Corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/> 2	
C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código	C.R.		Grado o año que cursa:	C.R.	Con subsidio del Estado	Sin subsidio	C.R.						
7					8		9		10		11		12		13		

01																	
02																	
03																	

04																	
05																	
06																	

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

¿En qué lugar está estudiando ____?					¿Cursó algún nivel de preescolar?	¿Qué tan importante es para ____ que le vaya bien en sus estudios?	¿Recibe o toma ____ desayuno en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?	¿Recibe o toma ____ onces o medias nueves en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?	¿Recibe o toma ____ almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?	Durante este AÑO ESCOLAR ¿____ recibió beca en dinero o en especie para estudiar?		
En este municipio <input type="checkbox"/> 1 En otro municipio <input type="checkbox"/> 2					Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Muy importante <input type="checkbox"/> 1 Importante <input type="checkbox"/> 2 Poco importante <input type="checkbox"/> 3 Nada importante <input type="checkbox"/> 4	Solo haga esta pregunta para los que respondieron E11=1 a 4 Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Solo haga esta pregunta para los que respondieron E11=1 a 4 Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Solo haga esta pregunta para los que respondieron E11=1 a 4 Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Con qué frecuencia lo recibe? Mensual <input type="checkbox"/> 1 Bimestral <input type="checkbox"/> 2 Semestral <input type="checkbox"/> 3 Anual <input type="checkbox"/> 4 No <input type="checkbox"/> 2		
C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código						C.R.	Frecuencia	Valor \$
					14	15	16	17	18	19		20

01													01
02													02
03													03

04													04
05													05
06													06

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

Durante este AÑO ESCOLAR ¿_____ recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?  Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Con qué frecuencia lo recibe? Mensual <input type="checkbox"/> 1 Bimestral <input type="checkbox"/> 2 Semestral <input type="checkbox"/> 3 Anual <input type="checkbox"/> 4  No <input type="checkbox"/> 2			Durante este AÑO ESCOLAR ¿_____ ha recibido crédito educativo?  Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Con qué frecuencia lo recibe? Mensual <input type="checkbox"/> 1 Bimestral <input type="checkbox"/> 2 Semestral <input type="checkbox"/> 3 Anual <input type="checkbox"/> 4  No <input type="checkbox"/> 2			Qué idiomas diferentes a español maneja:  Inglés <input type="checkbox"/> 1 Francés <input type="checkbox"/> 2 Italiano <input type="checkbox"/> 3 Alemán <input type="checkbox"/> 4 Mandarín <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6 Ninguno <input type="checkbox"/> 7  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     R: Regular.                      B: Bien.                      MB: Muy bien.                 </div>					¿Le gustaría estudiar una carrera o programa de educación superior?  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     Haga la pregunta solo si E11=4, estudiantes de educación media. En otro caso pase a pregunta 25                 </div>		Relacione los programas o carreras de educación superior que haya estudiado o esté estudiando:  Técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 1 Pregrado <input type="checkbox"/> 2 Maestría o especialización <input type="checkbox"/> 3 Doctorado <input type="checkbox"/> 4  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     Solo para las personas con algún año de educación superior. E11&gt;=5 o E4&gt;=6                 </div>		
C.R.	Frecuencia	Valor \$	C.R.	Frecuencia	Valor \$	Idioma	Otro, cuál?	Habla	Lee	Escribe		Nivel			
		21			22			23			24	25			

01								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	01
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
02								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	02
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
03								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	03
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

04								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	04
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
05								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	05
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
06								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	06
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
								R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

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

¿A qué área del conocimiento pertenece el programa o la carrera que usted estudia o de la que se tituló?	¿Tiene título?	¿En qué fecha se tituló?		¿En qué tipo de establecimiento educativo estudia o estudió?	¿Está financiando o financió su educación superior con:	Su fuente de recursos para manutención la obtuvo o la obtiene de:
Formación de personal docente y ciencias de la educación <input type="checkbox"/> 1 Artes <input type="checkbox"/> 2 Humanidades <input type="checkbox"/> 3 Ciencias sociales y del comportamiento <input type="checkbox"/> 4 Periodismo e información <input type="checkbox"/> 5 Educación comercial y administración <input type="checkbox"/> 6 Derecho <input type="checkbox"/> 7 Ciencias de la vida <input type="checkbox"/> 8 Ciencias físicas <input type="checkbox"/> 9 Matemáticas y estadística <input type="checkbox"/> 10 Informática <input type="checkbox"/> 11 Ingeniería y profesiones afines <input type="checkbox"/> 12 Industria y producción <input type="checkbox"/> 13 Arquitectura y construcción <input type="checkbox"/> 14 Agricultura, silvicultura y pesca <input type="checkbox"/> 15 Veterinaria <input type="checkbox"/> 16 Medicina <input type="checkbox"/> 17 Servicios sociales <input type="checkbox"/> 18 Servicios personales <input type="checkbox"/> 19 Servicios de transporte <input type="checkbox"/> 20 Protección del medio ambiente <input type="checkbox"/> 21 Servicios de seguridad <input type="checkbox"/> 22 Sectores desconocidos o no especificados <input type="checkbox"/> 23	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 29	Si no recuerda la fecha, marque 99		Institución técnica profesional <input type="checkbox"/> 1 Institución tecnológica <input type="checkbox"/> 2 Institución universitaria o escuela tecnológica <input type="checkbox"/> 3 Universidad <input type="checkbox"/> 4	Recursos propios <input type="checkbox"/> 1 Recursos familiares (incluye seguros educativos) <input type="checkbox"/> 2 Crédito Icetex <input type="checkbox"/> 3 Crédito entidad financiera <input type="checkbox"/> 4 Beca <input type="checkbox"/> 5 Crédito beca (Colfuturo, Colciencias) <input type="checkbox"/> 6 Por medio de una institución pública o privada <input type="checkbox"/> 7	Recursos propios <input type="checkbox"/> 1 Recursos familiares (incluye seguros educativos) <input type="checkbox"/> 2 Crédito Icetex <input type="checkbox"/> 3 Crédito entidad financiera <input type="checkbox"/> 4 Beca <input type="checkbox"/> 5 Crédito beca (Colfuturo, Colciencias) <input type="checkbox"/> 6 Por medio de una institución pública o privada <input type="checkbox"/> 7
Código de respuesta		Mes	Año			
26	27	28		29	30	31

01					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	01
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
02					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	02
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
03					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	03
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	

04					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	04
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
05					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	05
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
06					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	06
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
					1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	

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

### FORMACIÓN PARA EL TRABAJO (para todas las personas de 15 años o más)

<p>De agosto de 2010 a la fecha ____ ¿ha realizado o está realizando algún curso de formación para el trabajo ?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 → Termine capítulo</p>	<p>Durante este periodo ____ ¿cuántos cursos de formación para el trabajo ha realizado o está realizando?</p> <p>1 curso <input type="checkbox"/> 1</p> <p>2 cursos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 cursos <input type="checkbox"/> 3</p> <p>4 o más cursos <input type="checkbox"/> 4</p> <p><small>Si responde 4, relacione sólo los tres cursos más importantes</small></p>	<p>El área o temática a la que corresponde cada uno de estos cursos es:</p> <table border="0"> <tr> <td>Formación de personal docente y ciencias de la educación <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Industria y producción <input type="checkbox"/> 13</td> </tr> <tr> <td>Artes <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Arquitectura y construcción <input type="checkbox"/> 14</td> </tr> <tr> <td>Humanidades <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Agricultura, silvicultura y pesca <input type="checkbox"/> 15</td> </tr> <tr> <td>Ciencias sociales y del comportamiento <input type="checkbox"/> 4</td> <td>Veterinaria <input type="checkbox"/> 16</td> </tr> <tr> <td>Periodismo e información <input type="checkbox"/> 5</td> <td>Medicina <input type="checkbox"/> 17</td> </tr> <tr> <td>Educación comercial y administración <input type="checkbox"/> 6</td> <td>Servicios sociales <input type="checkbox"/> 18</td> </tr> <tr> <td>Derecho <input type="checkbox"/> 7</td> <td>Servicios personales <input type="checkbox"/> 19</td> </tr> <tr> <td>Ciencias de la vida <input type="checkbox"/> 8</td> <td>Servicios de transporte <input type="checkbox"/> 20</td> </tr> <tr> <td>Ciencias físicas <input type="checkbox"/> 9</td> <td>Protección del medio ambiente <input type="checkbox"/> 21</td> </tr> <tr> <td>Matemáticas y estadística <input type="checkbox"/> 10</td> <td>Servicios de seguridad <input type="checkbox"/> 22</td> </tr> <tr> <td>Informática <input type="checkbox"/> 11</td> <td>Sectores desconocidos o no especificados <input type="checkbox"/> 23</td> </tr> <tr> <td>Ingeniería y profesiones afines <input type="checkbox"/> 12</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Área</p>	Formación de personal docente y ciencias de la educación <input type="checkbox"/> 1	Industria y producción <input type="checkbox"/> 13	Artes <input type="checkbox"/> 2	Arquitectura y construcción <input type="checkbox"/> 14	Humanidades <input type="checkbox"/> 3	Agricultura, silvicultura y pesca <input type="checkbox"/> 15	Ciencias sociales y del comportamiento <input type="checkbox"/> 4	Veterinaria <input type="checkbox"/> 16	Periodismo e información <input type="checkbox"/> 5	Medicina <input type="checkbox"/> 17	Educación comercial y administración <input type="checkbox"/> 6	Servicios sociales <input type="checkbox"/> 18	Derecho <input type="checkbox"/> 7	Servicios personales <input type="checkbox"/> 19	Ciencias de la vida <input type="checkbox"/> 8	Servicios de transporte <input type="checkbox"/> 20	Ciencias físicas <input type="checkbox"/> 9	Protección del medio ambiente <input type="checkbox"/> 21	Matemáticas y estadística <input type="checkbox"/> 10	Servicios de seguridad <input type="checkbox"/> 22	Informática <input type="checkbox"/> 11	Sectores desconocidos o no especificados <input type="checkbox"/> 23	Ingeniería y profesiones afines <input type="checkbox"/> 12		<p>¿Qué institución imparte o impartió los tres cursos más importantes de formación para el trabajo que ha realizado?</p> <p>El SENA <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Institución pública de capacitación diferente al SENA <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Institución pública de educación básica o media <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Institución pública de educación superior <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Caja de compensación familiar <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Institución privada de capacitación <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Institución privada de educación básica o media <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Institución privada de educación superior <input type="checkbox"/> 8</p> <p>La empresa donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Otra empresa <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>¿Certificaron el curso de formación?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>¿Cuántas semanas dura o duró el curso?</p>
Formación de personal docente y ciencias de la educación <input type="checkbox"/> 1	Industria y producción <input type="checkbox"/> 13																												
Artes <input type="checkbox"/> 2	Arquitectura y construcción <input type="checkbox"/> 14																												
Humanidades <input type="checkbox"/> 3	Agricultura, silvicultura y pesca <input type="checkbox"/> 15																												
Ciencias sociales y del comportamiento <input type="checkbox"/> 4	Veterinaria <input type="checkbox"/> 16																												
Periodismo e información <input type="checkbox"/> 5	Medicina <input type="checkbox"/> 17																												
Educación comercial y administración <input type="checkbox"/> 6	Servicios sociales <input type="checkbox"/> 18																												
Derecho <input type="checkbox"/> 7	Servicios personales <input type="checkbox"/> 19																												
Ciencias de la vida <input type="checkbox"/> 8	Servicios de transporte <input type="checkbox"/> 20																												
Ciencias físicas <input type="checkbox"/> 9	Protección del medio ambiente <input type="checkbox"/> 21																												
Matemáticas y estadística <input type="checkbox"/> 10	Servicios de seguridad <input type="checkbox"/> 22																												
Informática <input type="checkbox"/> 11	Sectores desconocidos o no especificados <input type="checkbox"/> 23																												
Ingeniería y profesiones afines <input type="checkbox"/> 12																													
<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>																								

01					01
02					02
03					03

04					04
05					05
06					06

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

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO (para todas las personas de 15 años o más) (conclusión)										
¿Cuántas horas por semana dura o duró el curso?	Ha utilizado los conocimientos adquiridos en los cursos citados:	¿Cuál era su principal objetivo al iniciar el curso de formación?	El curso de formación fue financiado por:							OBSERVACIONES
38	39	40	41							
	Mucho <input type="checkbox"/> 1 Poco <input type="checkbox"/> 2 Muy poco <input type="checkbox"/> 3 Nada <input type="checkbox"/> 4	Conseguir un empleo <input type="checkbox"/> 1 Crear su propia empresa o mejorar el manejo de ella <input type="checkbox"/> 2 Desempeñar mejor sus funciones en su cargo actual <input type="checkbox"/> 3 Promocionarse en el actual empleo <input type="checkbox"/> 4 Iniciar o continuar estudios de educación superior (técnica, tecnológica o universitaria) <input type="checkbox"/> 5 Capacitarse porque no pudo acceder a un programa de educación superior <input type="checkbox"/> 6 Es una exigencia en su empresa <input type="checkbox"/> 7 Obtener una certificación en alguna competencia laboral <input type="checkbox"/> 8	1. Usted mismo o su familia <input type="checkbox"/> 1 2. Empleador o patrón <input type="checkbox"/> 2 3. Gobierno <input type="checkbox"/> 3 4. Sindicato u organismo gremial <input type="checkbox"/> 4 5. Otro <input type="checkbox"/> 5 6. No se pagaba <input type="checkbox"/> 6 7. No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9							
01			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	01
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
02			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	02
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
03			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	03
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
04			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	04
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
05			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	05
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
06			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	06
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	

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

<p>¿_____ está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud EPS del régimen contributivo o subsidiado)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 4</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe/no informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 8</p>	<p>¿Hace cuánto tiempo que no está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud?</p> <p>Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Más de 3 meses <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nunca ha estado afiliado <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Por qué razón principal no está afiliado o no es beneficiario de una entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud EPS del régimen contributivo o subsidiado)</p> <p>Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Muchos trámites <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No le interesa o descuido <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No hay una entidad cercana <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Está en trámite de afiliación <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Después de responder la pregunta, pase a 8</p>		<p>¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado:</p> <p>Contributivo (EPS)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Especial? (Fuerzas armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Subsidiado? (EPS-S) <input type="checkbox"/> 3 Pase a 7</p> <p>No sabe/ no informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 8</p>		<p>¿De quién es beneficiario ____?</p> <p>De una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>De una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2 ¿Qué parentesco tiene usted con esa persona?</p> <p>Después de responder la pregunta, pase a 7</p>			<p>¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a ____ para estar cubierto por una entidad de seguridad social en salud?</p> <p>Si no sabe registre 99</p>
		C.R.	Otra razón, ¿cuál?	C.R.	Tipo de afiliación	C.R.	Número de orden	Parentesco	Valor pagado o descontado \$
1	2	3		4	5		6		

01								01
02								02
03								03

04								04
05								05
06								06

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

<p><b>En los últimos 12 meses ¿cuál ha sido el último cambio de _____ en su sistema de salud?</b></p> <p>Cambio de EPS <input type="checkbox"/> 1                      Cambio de régimen (contributivo a subsidiado o viceversa) <input type="checkbox"/> 2                      De no afiliado a afiliado <input type="checkbox"/> 3                      Paso de cotizante a beneficiario <input type="checkbox"/> 4 (Solo si F4=1 o 2)                      Paso de beneficiario a cotizante <input type="checkbox"/> 5                      Ninguno <input type="checkbox"/> 6</p>	<p><b>¿Cuenta _____ con algún plan o seguro complementario de salud?</b> (Póliza de hospitalización o cirugía, medicina prepagada, etc.)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                      No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10</p>	<p><b>¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a _____ por concepto de estos planes o seguros complementarios de salud?</b></p> <p><input type="text" value="Si no sabe registre 99"/></p> <p>Valor mensual \$</p>	<p><b>En los últimos 12 meses ¿_____ tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                      No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 19</p>	<p><b>Para tratar el problema de salud, ¿qué hizo principalmente _____?</b> (Si tuvo mas de un problema de salud, refiérase al más grave)</p> <p>Acudió a una institución prestadora de servicios de salud o utilizó los servicios de la EPS a la cual se encuentra afiliado <input type="checkbox"/> 1                      Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente (de forma particular) <input type="checkbox"/> 2                      Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista <input type="checkbox"/> 3                      Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona <input type="checkbox"/> 4                      Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) <input type="checkbox"/> 5 Pase a 18a                      Usó remedios caseros <input type="checkbox"/> 6                      Se autorrecetó <input type="checkbox"/> 7                      Nada <input type="checkbox"/> 8</p>	<p><b>¿Cuáles fueron los servicios de salud que utilizó _____ para atender la enfermedad o necesidad?</b></p> <p>Consulta general <input type="checkbox"/> 1                      Consulta al especialista <input type="checkbox"/> 2                      Servicio de urgencia <input type="checkbox"/> 3 Pase a 14                      Servicio de odontología <input type="checkbox"/> 4                      Cirugía ambulatoria <input type="checkbox"/> 5                      Hospitalización <input type="checkbox"/> 6                      Otros <input type="checkbox"/> 7 Pase a 14</p> <p><input type="text" value="Si responde opción 6 y otra opción continúe"/></p>	<p><b>Por esta hospitalización, ¿cuántas noches estuvo hospitalizado?</b></p> <p><input type="text" value="Si estuvo hospitalizado más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de noches"/></p> <p>Número de noches</p>	
7	8	9	10	11	12	13a	
01					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	01
02					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	02
03					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	03
04					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	04
05					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	05
06					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="text"/> <input type="text"/>	06

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

¿En los últimos 12 meses cuántas veces estuvo hospitalizado?	La institución de salud donde utilizó el último servicio por este problema de salud es:	¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de esta atención en salud?	Para tratar este problema de salud ¿le formularon medicamentos a ____?	¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a ____ por cuenta de la institución a la que está afiliado(a)?	¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?	¿Cuál fue la razón principal por la que ____ no solicitó o no recibió atención médica?	Durante los últimos 12 meses ____ requirió:
Número de veces	Pública <input type="checkbox"/> 1 Privada <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	Entidad de salud a la que está afiliado(a) <input type="checkbox"/> 1 Seguro médico, plan complementario, medicina prepagada <input type="checkbox"/> 2 Servicio médico de la empresa <input type="checkbox"/> 3 SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) <input type="checkbox"/> 4 Secretaría de Salud (departamental o municipal) <input type="checkbox"/> 5 Recursos propios y/o familiares <input type="checkbox"/> 6 Ninguno <input type="checkbox"/> 7	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	Sí, todos <input type="checkbox"/> 1 Sí, algunos <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 9	No están incluidos en el POS <input type="checkbox"/> 1 No había los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 2 No había la cantidad requerida <input type="checkbox"/> 3 Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica <input type="checkbox"/> 4 No hizo las gestiones para reclamarlos <input type="checkbox"/> 5 Acudió a médico particular <input type="checkbox"/> 6 Otra <input type="checkbox"/> 7	El caso era leve <input type="checkbox"/> 1 No tuvo tiempo <input type="checkbox"/> 2 El centro de atención queda lejos <input type="checkbox"/> 3 Falta de dinero <input type="checkbox"/> 4 Mal servicio o cita distanciada en el tiempo <input type="checkbox"/> 5 No lo atendieron <input type="checkbox"/> 6 No confía en los médicos <input type="checkbox"/> 7 Consultó antes y no le resolvieron el problema <input type="checkbox"/> 8 Muchos trámites para la cita <input type="checkbox"/> 9 Prefiere el tratamiento con medicina alternativa <input type="checkbox"/> 10	Prótesis <input type="checkbox"/> 1 Lentes o audífonos <input type="checkbox"/> 2 Laboratorio clínico, RX, exámenes diagnósticos <input type="checkbox"/> 3 Medicina alternativa (homeopatía, acupuntura, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Terapia física y/o respiratoria <input type="checkbox"/> 5 Enfermera particular <input type="checkbox"/> 6 Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 7
13b	14	15	16	17	18	18a	19

Después de diligenciar, pase a 19

01		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
02		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
03		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

04		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
05		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
06		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

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

Persona 01					Persona 02				
<b>¿Actualmente sufre de algunas de las siguientes condiciones médicas, que le haya sido diagnosticada por un médico?</b> 1. Asma, enfisema o EPOC 2. Depresión 3. Diabetes 4. Hipertensión o presión alta 5. Problemas cardíacos 6. Cáncer 7. Artritis o artrosis 8. Enfermedad renal 9. Problema cerebrovascular (apoplejía, derrame cerebral, isquemia cerebral) 10. Enfermedad mental 11. VIH/SIDA 12. Ninguna de las anteriores → Pase a 24	<b>¿Hace cuánto tiempo le fue diagnosticada?</b>  Marque 0 si es menor a un año y 999 si no conoce la respuesta	<b>¿Se encuentra actualmente en tratamiento?</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 24 No <input type="checkbox"/> 2	<b>¿Por qué no se encuentra en tratamiento?</b> No lo considera necesario <input type="checkbox"/> 1 No lo cubre el POS <input type="checkbox"/> 2 No confía en el sistema de salud <input type="checkbox"/> 3 Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 4 Otra razón <input type="checkbox"/> 5 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>¿En los últimos 12 meses requirió servicio de urgencias por esta enfermedad?</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	<b>¿Actualmente sufre de algunas de las siguientes condiciones médicas, que le haya sido diagnosticada por un médico?</b> 1. Asma, enfisema o EPOC 2. Depresión 3. Diabetes 4. Hipertensión o presión alta 5. Problemas cardíacos 6. Cáncer 7. Artritis o artrosis 8. Enfermedad renal 9. Problema cerebrovascular (apoplejía, derrame cerebral, isquemia cerebral) 10. Enfermedad mental 11. VIH/SIDA 12. Ninguna de las anteriores → Pase a 24	<b>¿Hace cuánto tiempo le fue diagnosticada?</b>  Marque 0 si es menor a un año y 999 si no conoce la respuesta	<b>¿Se encuentra actualmente en tratamiento?</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 24 No <input type="checkbox"/> 2	<b>¿Por qué no se encuentra en tratamiento?</b> No lo considera necesario <input type="checkbox"/> 1 No lo cubre el POS <input type="checkbox"/> 2 No confía en el sistema de salud <input type="checkbox"/> 3 Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 4 Otra razón <input type="checkbox"/> 5 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>¿En los últimos 12 meses requirió servicio de urgencias por esta enfermedad?</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	Años						Años		
20	20a	21	22	23	20	20a	21	22	23

<input type="checkbox"/> 1					<input type="checkbox"/> 1				
<input type="checkbox"/> 2					<input type="checkbox"/> 2				
<input type="checkbox"/> 3					<input type="checkbox"/> 3				
<input type="checkbox"/> 4					<input type="checkbox"/> 4				
<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/> 5				
<input type="checkbox"/> 6					<input type="checkbox"/> 6				
<input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 7				
<input type="checkbox"/> 8					<input type="checkbox"/> 8				
<input type="checkbox"/> 9					<input type="checkbox"/> 9				
<input type="checkbox"/> 10					<input type="checkbox"/> 10				
<input type="checkbox"/> 11					<input type="checkbox"/> 11				
<input type="checkbox"/> 12 → Pase a 24					<input type="checkbox"/> 12 → Pase a 24				

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

Persona 03					Persona 04				
<b>¿Actualmente sufre de algunas de las siguientes condiciones médicas, que le haya sido diagnosticada por un médico?</b> 1. Asma, enfisema o EPOC 2. Depresión 3. Diabetes 4. Hipertensión o presión alta 5. Problemas cardíacos 6. Cáncer 7. Artritis o artrosis 8. Enfermedad renal 9. Problema cerebrovascular (apoplejía, derrame cerebral, isquemia cerebral) 10. Enfermedad mental 11. VIH/SIDA 12. Ninguna de las anteriores → Pase a 24	<b>¿Hace cuánto tiempo le fue diagnosticada?</b>  Marque 0 si es menor a un año y 999 si no conoce la respuesta	<b>¿Se encuentra actualmente en tratamiento?</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 24 No <input type="checkbox"/> 2	<b>¿Por qué no se encuentra en tratamiento?</b> No lo considera necesario <input type="checkbox"/> 1 No lo cubre el POS <input type="checkbox"/> 2 No confía en el sistema de salud <input type="checkbox"/> 3 Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 4 Otra razón <input type="checkbox"/> 5 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>¿En los últimos 12 meses requirió servicio de urgencias por esta enfermedad?</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	<b>¿Actualmente sufre de algunas de las siguientes condiciones médicas, que le haya sido diagnosticada por un médico?</b> 1. Asma, enfisema o EPOC 2. Depresión 3. Diabetes 4. Hipertensión o presión alta 5. Problemas cardíacos 6. Cáncer 7. Artritis o artrosis 8. Enfermedad renal 9. Problema cerebrovascular (apoplejía, derrame cerebral, isquemia cerebral) 10. Enfermedad mental 11. VIH/SIDA 12. Ninguna de las anteriores → Pase a 24	<b>¿Hace cuánto tiempo le fue diagnosticada?</b>  Marque 0 si es menor a un año y 999 si no conoce la respuesta	<b>¿Se encuentra actualmente en tratamiento?</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 24 No <input type="checkbox"/> 2	<b>¿Por qué no se encuentra en tratamiento?</b> No lo considera necesario <input type="checkbox"/> 1 No lo cubre el POS <input type="checkbox"/> 2 No confía en el sistema de salud <input type="checkbox"/> 3 Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 4 Otra razón <input type="checkbox"/> 5 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>¿En los últimos 12 meses requirió servicio de urgencias por esta enfermedad?</b> Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	Años						Años		
20	20a	21	22	23	20	20a	21	22	23

<input type="checkbox"/> 1					<input type="checkbox"/> 1				
<input type="checkbox"/> 2					<input type="checkbox"/> 2				
<input type="checkbox"/> 3					<input type="checkbox"/> 3				
<input type="checkbox"/> 4					<input type="checkbox"/> 4				
<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/> 5				
<input type="checkbox"/> 6					<input type="checkbox"/> 6				
<input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 7				
<input type="checkbox"/> 8					<input type="checkbox"/> 8				04
<input type="checkbox"/> 9					<input type="checkbox"/> 9				
<input type="checkbox"/> 10					<input type="checkbox"/> 10				05
<input type="checkbox"/> 11					<input type="checkbox"/> 11				
<input type="checkbox"/> 12 → Pase a 24					<input type="checkbox"/> 12 → Pase a 24				06

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

Persona 05					Persona 06				
¿Actualmente sufre de algunas de las siguientes condiciones médicas, que le haya sido diagnosticada por un médico?	¿Hace cuánto tiempo le fue diagnosticada?	¿Se encuentra actualmente en tratamiento?	¿Por qué no se encuentra en tratamiento?	¿En los últimos 12 meses requirió servicio de urgencias por esta enfermedad?	¿Actualmente sufre de algunas de las siguientes condiciones médicas, que le haya sido diagnosticada por un médico?	¿Hace cuánto tiempo le fue diagnosticada?	¿Se encuentra actualmente en tratamiento?	¿Por qué no se encuentra en tratamiento?	¿En los últimos 12 meses requirió servicio de urgencias por esta enfermedad?
1. Asma, enfisema o EPOC 2. Depresión 3. Diabetes 4. Hipertensión o presión alta 5. Problemas cardíacos 6. Cáncer 7. Artritis o artrosis 8. Enfermedad renal 9. Problema cerebrovascular (apoplejía, derrame cerebral, isquemia cerebral) 10. Enfermedad mental 11. VIH/SIDA 12. Ninguna de las anteriores → Pase a 24	Marque 0 si es menor a un año y 999 si no conoce la respuesta	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 24 No <input type="checkbox"/> 2	No lo considera necesario <input type="checkbox"/> 1 No lo cubre el POS <input type="checkbox"/> 2 No confía en el sistema de salud <input type="checkbox"/> 3 Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 4 Otra razón <input type="checkbox"/> 5 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	1. Asma, enfisema o EPOC 2. Depresión 3. Diabetes 4. Hipertensión o presión alta 5. Problemas cardíacos 6. Cáncer 7. Artritis o artrosis 8. Enfermedad renal 9. Problema cerebrovascular (apoplejía, derrame cerebral, isquemia cerebral) 10. Enfermedad mental 11. VIH/SIDA 12. Ninguna de las anteriores → Pase a 24	Marque 0 si es menor a un año y 999 si no conoce la respuesta	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 24 No <input type="checkbox"/> 2	No lo considera necesario <input type="checkbox"/> 1 No lo cubre el POS <input type="checkbox"/> 2 No confía en el sistema de salud <input type="checkbox"/> 3 Por falta de dinero <input type="checkbox"/> 4 Otra razón <input type="checkbox"/> 5 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
20	20a	21	22	23	20	20a	21	22	23
<input type="checkbox"/> 1					<input type="checkbox"/> 1				
<input type="checkbox"/> 2					<input type="checkbox"/> 2				
<input type="checkbox"/> 3					<input type="checkbox"/> 3				
<input type="checkbox"/> 4					<input type="checkbox"/> 4				
<input type="checkbox"/> 5					<input type="checkbox"/> 5				
<input type="checkbox"/> 6					<input type="checkbox"/> 6				
<input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 7				
<input type="checkbox"/> 8					<input type="checkbox"/> 8				
<input type="checkbox"/> 9					<input type="checkbox"/> 9				
<input type="checkbox"/> 10					<input type="checkbox"/> 10				
<input type="checkbox"/> 11					<input type="checkbox"/> 11				
<input type="checkbox"/> 12 → Pase a 24					<input type="checkbox"/> 12 → Pase a 24				



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

Solo para mujeres de 40 a 69 años			Solo para hombres de 40 años y más			¿Con qué regularidad practica usted deporte o alguna actividad física?  Solo haga F33 a F38 si tiene 10 años y más  Todos los días <input type="checkbox"/> 1 5 a 6 veces por semana <input type="checkbox"/> 2 3 a 4 veces por semana <input type="checkbox"/> 3 1 a 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 1 a 3 veces al mes <input type="checkbox"/> 5 Algunas veces al año <input type="checkbox"/> 6 Nunca o casi nunca <input type="checkbox"/> 7	¿Usted ha fumado alguna vez en su vida?  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 37	¿Usted fuma actualmente?  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 37	¿Cuántos cigarrillos fuma en promedio en el día?  Número de cigarrillos	¿Consumen usted bebidas alcohólicas como cerveza, aguardiente, ron, vino, etc.?  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Termine el capítulo	¿Habitualmente cuántos días a la semana consume bebidas alcohólicas?  Si lo hace esporádicamente, registre 8  Número de días
¿Le han realizado a ____ el examen de mamografía?  Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Cuándo se hizo el último examen?  a. ¿Se practica anualmente el examen? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  No <input type="checkbox"/> 2  Después de diligenciar, pase a 33	¿Le han realizado a ____ el examen para detectar cáncer de próstata?  Sí <input type="checkbox"/> 1 ¿Cuándo se hizo el último examen?  a. ¿Se practica anualmente el examen? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  No <input type="checkbox"/> 2	C.R.	C.R.	C.R.	C.R.						
31			32			33	34	35	36	37	38

01	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	01
02	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02
03	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03

04	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04
05	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05
06	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	<input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06

## G. SISTEMA DE PENSIONES (para todas las personas de 15 años y más)

<p><b>¿Está ____ cotizando actualmente a un fondo de pensiones?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <small>Pase a 5</small></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 <small>Pase a 5</small></p>	<p><b>¿Por qué ____ no cotiza a pensiones?</b></p> <p style="text-align: center; border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Lea las alternativas</p> <p>Estudia exclusivamente <input type="checkbox"/> 1 <small>Si es menor de 18 años termine capítulo</small></p> <p>No tiene trabajo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Por problemas financieros de la empresa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Condición de trabajo impuesta por el empleador <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Porque en su trabajo se lo permiten o en su trabajo no lo obligan a cotizar a pensiones <input type="checkbox"/> 5</p> <p>El ingreso no le alcanza para cotizar <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No desea cotizar <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><b>¿Ha cotizado alguna vez en su vida?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <small>¿Hace cuántos meses pagó por última vez un aporte a pensiones?</small></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; margin: 5px 0; width: fit-content;">             Si no responde o no sabe el número de meses, registre 99         </div> <p style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓ Pase a 7</p>	<p><b>____ ¿cuál de los siguientes beneficios le parecería más atractivo para empezar a cotizar al sistema de pensiones?</b></p> <p>Que la edad para la obtención de la pensión fuera menor <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Que el sistema de pensiones fuera más confiable <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Que le ofrezcan un beneficio tributario <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Que le ofrezcan un beneficio en vivienda <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-top: 5px;">Después de diligenciar, pase a 9</p>	<p><b>¿En qué fondo ____ cotiza o cotizó sus aportes a pensiones por última vez?</b></p> <p>Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Instituto de Seguros Sociales, Colpensiones <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Regímenes especiales (FFM, Magisterio, Ecopetrol, etc.) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Fondo subsidiado (Prosperar) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Cajas de previsión <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid gray; padding: 2px; margin-top: 5px;">Si G1=3, ya es pensionado; pase a capítulo H</p>	<p><b>¿Desde qué año está afiliado al sistema de pensiones?</b></p>
1	2	3	4	5	6

01							<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Año	01
02							<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Año	02
03							<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Año	03

04							<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Año	04
05							<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Año	05
06							<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Año	06

## G. SISTEMA DE PENSIONES (para todas las personas de 15 años y más de seguimiento) (conclusión)

<p>¿_____ ha recibido o recibe algún tipo de subsidio del gobierno para complementar su aporte a pensiones?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9</p>		<p>¿Qué incentivaría a _____ a cotizar un monto mayor al obligatorio en pensiones?</p> <p>Que la edad para la obtención de la pensión fuera menor <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Poder aumentar el monto de la pensión en el futuro <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Que el sistema de pensiones fuera más confiable <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Que le ofrezcan un beneficio tributario <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Que le ofrezcan un beneficio en vivienda <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6</p>		<p>¿Qué está haciendo actualmente para mantenerse económicamente en su vejez?</p> <p>Aportar a un fondo de pensiones obligatorias <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Aportar a un fondo de pensiones voluntarias <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ahorrando <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Haciendo inversiones <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Pagando un seguro por su cuenta <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Preparando a sus hijos para que puedan mantenerlo en su vejez <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Nada <input type="checkbox"/> 8</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; font-size: small;">             Si G1=2 (no cotiza actualmente a pensiones) y G3=2 (nunca ha cotizado a pensiones), no permite marcar G9=1         </div>				
	C.R.	Valor en \$	C.R.	Otro, ¿cuál?				
		7		8	9	<b>OBSERVACIONES</b>		

01					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		01
02					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		02
03					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		03

04					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		04
05					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		05
06					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		06

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más)

Registre el número de orden de la persona que suministra la información	¿En que 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?		¿Qué hizo _____ principalmente en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS para conseguir un trabajo o instalar un negocio?		¿Desea _____ conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?		¿Aunque _____ desea trabajar, ¿por qué motivo principal no hizo diligencias para buscar un trabajo o instalar un negocio en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS?																				
	Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 15		Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2		Estudiando <input type="checkbox"/> 3		Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4		Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 70		Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6		Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 15		No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 16		No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 8		Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1		Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2		Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios <input type="checkbox"/> 3		Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4		Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> 5		Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 6		Otro medio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7		No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1		No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 70
Número de orden	C.R.	Otra actividad, ¿cuál?																																					
1		2		3		4		5		6		7		8		9																							
01																														01									
02																														02									
03																														03									
04																														04									
05																														05									
06																														06									

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

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?	Durante los últimos 12 MESES (últimas 52 semanas) ¿ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?	¿Cuántos meses hace que dejó de buscar trabajo por última vez?	Si le hubiera resultado algún trabajo a ¿estaba disponible LA SEMANA PASADA para empezar a trabajar?	OCUPADOS		¿Por qué medio principal consiguió este empleo?	¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en el que realiza su trabajo?	¿Para realizar este trabajo tiene algún tipo de contrato? (verbal o escrito)	¿Qué tipo de contrato tiene, verbal o escrito?
					¿Es su trabajo actual, su primer trabajo?	Número de meses				
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 12	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 13 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 70	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 70	<input type="text"/> <input type="text"/> Solo acepte 01 a 12	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 64 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 70	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1 Buscó información con amigos colegas o familiares <input type="checkbox"/> 2 Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 3 Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios <input type="checkbox"/> 4 Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 5 Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> 6 Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 7 Utilizó el servicio público de empleo del SENA <input type="checkbox"/> 8 Buscó en internet <input type="checkbox"/> 9 Otro medio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10	Actividad	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 21	Verbal <input type="checkbox"/> 1 Escrito <input type="checkbox"/> 2
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	

01			<input type="text"/> <input type="text"/>							01
02			<input type="text"/> <input type="text"/>							02
03			<input type="text"/> <input type="text"/>							03

04			<input type="text"/> <input type="text"/>							04
05			<input type="text"/> <input type="text"/>							05
06			<input type="text"/> <input type="text"/>							06

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

### OCUPADOS (continuación)

¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?		¿Se encuentra cotizando al sistema de salud por este trabajo?		¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?		En este trabajo es: <input type="checkbox"/> Lea las alternativas		En los últimos 12 meses; ¿_____ ha solicitado licencias o permisos por enfermedad?		¿Por qué razón _____ solicitó licencia?		¿Cuántas licencias solicitó?		¿Cuántos días en total solicitó por esta o estas licencias?	
Si no sabe el número de meses del contrato, escriba 99; si la duración del contrato es inferior a 15 días, escriba 00; de 15 días a un mes, escriba 01; si la duración del contrato es de 60 meses o más escriba 99.  A término indefinido <input type="checkbox"/> 1 A término fijo <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> El número de meses se refiere al contrato vigente		Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9		Si no sabe registre 999		Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 Profesional independiente <input type="checkbox"/> 4 Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 5 Pase a 41 Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 6 Trabajador de finca, tierra o parcela propia, en arriendo, aparcería o usufructo <input type="checkbox"/> 7 Trabajador sin remuneración <input type="checkbox"/> 8 Pase a 48 Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 9 Pase a 24		Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 27		Por causa de enfermedad <input type="checkbox"/> 1 Por causa de enfermedad de un hijo <input type="checkbox"/> 2 Por causa de enfermedad de otro pariente <input type="checkbox"/> 3 Por causa de enfermedad de otro no pariente <input type="checkbox"/> 4 Por maternidad <input type="checkbox"/> 5		Si no sabe registre 999		Si no sabe registre 999	
C.R.	Número de meses			Número de meses								Número de licencias	Número de días		
	20		21		22		23		24		25	25a	25b		26
01	<input type="text"/>									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="text"/>		01	
02	<input type="text"/>									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="text"/>		02	
03	<input type="text"/>									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="text"/>		03	
04	<input type="text"/>									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="text"/>		04	
05	<input type="text"/>									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="text"/>		05	
06	<input type="text"/>									<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="text"/>		06	

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

### OCUPADOS (continuación)

¿Cuáles de las siguientes actividades describe mejor la forma en que realiza su trabajo?	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 recibió salario en dinero, registre 00, Si recibió pero no sabe el monto, registre 98, Si no informa el monto que recibió, registre 99.	¿El mes pasado recibió ingresos por concepto de horas extras?		¿Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió alimentos como parte de pago por su trabajo?		¿Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?		¿Habitualmente utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?		¿Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)?		
		Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$	C.R.	Valor mensual \$
Está de pie la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> 1 Esta sentado la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> 2 Camina la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> 3 Realiza un gran esfuerzo físico <input type="checkbox"/> 4 Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9
<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>		<b>30</b>		<b>31</b>		<b>32</b>		<b>33</b>		

01												01
02												02
03												03

04												04
05												05
06												06

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

### OCUPADOS (continuación)

EI MES PASADO ¿ ____ recibió auxilio o subsidio de alimentación en dinero?			EI MES PASADO ¿ ____ recibió auxilio o subsidio de transporte?			EI MES PASADO ¿ ____ recibió subsidio familiar?			EI MES PASADO ¿ ____ recibió subsidio educativo?			EI MES PASADO ¿ ____ recibió primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, otras)?		
Sí	<input type="checkbox"/> 1	a. ¿Cuánto recibió?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	a. ¿Cuánto recibió?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	a. ¿Cuánto recibió?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	a. ¿Cuánto recibió?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	a. ¿Cuánto recibió?
No	<input type="checkbox"/> 2	b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$____) que me declaró anteriormente?	No	<input type="checkbox"/> 2	b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$____) que me declaró anteriormente?	No	<input type="checkbox"/> 2	b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$____) que me declaró anteriormente?	No	<input type="checkbox"/> 2	b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$____) que me declaró anteriormente?	No	<input type="checkbox"/> 2	b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$____) que me declaró anteriormente?
No sabe /no responde	<input type="checkbox"/> 9		No sabe /no responde	<input type="checkbox"/> 9		No sabe /no responde	<input type="checkbox"/> 9		No sabe /no responde	<input type="checkbox"/> 9		No sabe /no responde	<input type="checkbox"/> 9	
		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
C.R.	Valor en \$	C.R.	C.R.	Valor en \$	C.R.	C.R.	Valor en \$	C.R.	C.R.	Valor en \$	C.R.	C.R.	Valor en \$	C.R.
	34			35			36			37			38	

01															01
02															02
03															03

04															04
05															05
06															06



## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

### OCUPADOS (continuación)

¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente en ese empleo?	¿Dónde realiza principalmente su trabajo?		¿Cuántas personas, incluido usted, trabajan en total en la empresa o negocio donde usted trabaja?	¿Se encuentra afiliado a algún sindicato?	¿Está afiliado a una empresa aseguradora de riesgos profesionales?	¿Su empleador o usted aporta a un fondo de cesantías?
Solo para centros poblados y área rural dispersa		En la vivienda que habita <input type="checkbox"/> 1 En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2 En kiosco - caseta <input type="checkbox"/> 3 En un vehículo <input type="checkbox"/> 4 De puerta a puerta <input type="checkbox"/> 5 Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6 Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7 En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8 En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9 En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10 Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11	Trabaja solo <input type="checkbox"/> 1 2 - 3 <input type="checkbox"/> 2 4 - 5 <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 <input type="checkbox"/> 4 11 - 19 <input type="checkbox"/> 5 20 - 30 <input type="checkbox"/> 6 31 - 50 <input type="checkbox"/> 7 51 - 100 <input type="checkbox"/> 8 Más de 100 <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	
Honorarios o ganancia neta en los últimos doce meses		C.R.	Otro, ¿cuál?				
42	43	44		45	46	47	48

01								01
02								02
03								03

04								04
05								05
06								06

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

OCUPADOS - CALIDAD DEL EMPLEO PRINCIPAL		PENSIONES (trabajo actual)		TRABAJO SECUNDARIO		
<b>En relación con su trabajo actual, usted se siente:</b>  Muy satisfecho <input type="checkbox"/> 1 Satisfecho <input type="checkbox"/> 2 Insatisfecho <input type="checkbox"/> 3 Muy insatisfecho <input type="checkbox"/> 4	<b>¿A pesar de tener un trabajo, ¿está actualmente buscando otro trabajo?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2   Pase a 52	<b>¿Por qué razón quiere otro trabajo?</b>  Mayor ingreso <input type="checkbox"/> 1 Trabajar más horas <input type="checkbox"/> 2 Trabajar menos horas <input type="checkbox"/> 3 Un trabajo más adecuado a sus competencias <input type="checkbox"/> 4 Un trabajo más estable <input type="checkbox"/> 5 Mejorar las condiciones de trabajo <input type="checkbox"/> 6 Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7	<b>¿Por este trabajo usted cotizó a pensiones por un valor menor a sus ingresos mensuales?</b>  Haga esta pregunta solo si G1=1, actualmente cotiza  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9   Pase a 54	<b>¿Por qué cotizó menos de sus ingresos mensuales?</b>  Lea las alternativas  Por problemas financieros de la empresa <input type="checkbox"/> 1 Condición de trabajo impuesta por el empleador <input type="checkbox"/> 2 Condición de trabajo solicitada por el trabajador <input type="checkbox"/> 3 Por acuerdo mutuo entre empleador y trabajador <input type="checkbox"/> 4 Por iniciativa personal (no tenía obligación de cotizar) <input type="checkbox"/> 5 Porque su contrato se lo permite <input type="checkbox"/> 6 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>Además de su ocupación principal, ¿_____ tuvo en la última semana otro trabajo o negocio?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2   Pase a 73	<b>En este trabajo _____ era:</b>  Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 Profesional independiente <input type="checkbox"/> 4 Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 5 Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 6 Trabajador de finca tierra o parcela propia, en arriendo, aparcería o usufructo <input type="checkbox"/> 7 Trabajador sin remuneración <input type="checkbox"/> 8 Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 9
		C.R. <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/>				
49	50	51	52	53	54	55

01							01
02							02
03							03

04							04
05							05
06							06

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

### TRABAJO SECUNDARIO (conclusión)

¿Para realizar este trabajo tenía algún tipo de contrato? (verbal o escrito)	¿Qué tipo de contrato tiene, verbal o escrito?	¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?	¿En qué lugar realiza esta actividad laboral?	¿Cotiza a un fondo de pensiones por los ingresos de este otro trabajo?	¿Por qué ____ no cotizó a pensiones por este segundo empleo?	¿Cotiza a un sistema de salud por este segundo trabajo?	¿Cuánto recibió o ganó ____ el mes pasado en ese segundo trabajo o negocio?	
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 59	Verbal <input type="checkbox"/> 1 Escrito <input type="checkbox"/> 2	A término indefinido <input type="checkbox"/> 1 A término fijo <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	En la vivienda que habita <input type="checkbox"/> 1 En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2 En kiosco-caseta <input type="checkbox"/> 3 En un vehículo <input type="checkbox"/> 4 De puerta a puerta <input type="checkbox"/> 5 Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6 Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7 En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8 En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9 En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10 Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11	Si G1=2 (no cotiza actualmente a pensiones) y G3=2 (nunca ha cotizado a pensiones), no haga esta pregunta  Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 62 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9 Pase a 62	Por problemas financieros de la empresa <input type="checkbox"/> 1 Condición de trabajo impuesta por el empleador <input type="checkbox"/> 2 Porque su contrato se lo permite/no lo obligan a cotizar a pensiones <input type="checkbox"/> 3 El salario no le alcanza para cotizar <input type="checkbox"/> 4 No desea cotizar <input type="checkbox"/> 5 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9  Si G1=2 (no cotiza actualmente a pensiones) y G3=2 (nunca ha cotizado a pensiones), no haga esta pregunta	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	Después de diligenciar pase a pregunta 73          Valor en \$	
56	57	58	C.R.      Otro, ¿cuál?	59	60	61	62	63

01								01
02								02
03								03

04								04
05								05
06								06

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

DESOCUPADOS				INACTIVOS			
<b>¿Ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes por lo menos durante dos semanas consecutivas?</b> Primera vez <input type="text" value="1"/> Trabajó antes <input type="text" value="2"/>	<b>¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo buscando trabajo?</b>	<b>En los últimos 12 meses ¿recibió alguno de los siguientes pagos?</b> Cesantías <input type="text" value="1"/> Seguro de desempleo <input type="text" value="2"/> Ninguno <input type="text" value="9"/>	<b>¿Cuántas horas, en promedio, estaría dispuesto(a) a trabajar semanalmente?</b>	<b>¿Si alguna persona del hogar encuentra un trabajo estable, usted dejaría de buscar trabajo?</b>  Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Nadie más en el hogar busca empleo <input type="text" value="3"/>	<b>¿Cuál sería el salario mensual mínimo que usted estaría dispuesto(a) a recibir?</b>  Después de diligenciar pase a pregunta 73	<b>¿Cuánto hace que trabajó por última vez?</b>  Menos de un año <input type="text" value="1"/> Entre 1 y menos de 2 años <input type="text" value="2"/> Entre 2 y menos de 3 años <input type="text" value="3"/> 3 años o más <input type="text" value="4"/> Nunca ha trabajado <input type="text" value="5"/> No sabe/no responde <input type="text" value="9"/>	<b>¿Por qué razón no trabaja ni busca trabajo?</b> Enfermedad o discapacidad <input type="text" value="1"/> Cuidado de los niños o ancianos <input type="text" value="2"/> Responsabilidades personales o familiares <input type="text" value="3"/> Embarazo <input type="text" value="4"/> Estudiaba o se estaba capacitando <input type="text" value="5"/> Realizaba la práctica, pasantía o trabajo voluntario <input type="text" value="6"/> Oficios del hogar <input type="text" value="7"/> Pensionado <input type="text" value="8"/> No le interesaba trabajar <input type="text" value="9"/> Estaba prestando el servicio militar <input type="text" value="10"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="11"/> No sabe/no responde <input type="text" value="12"/>
		Responder esta pregunta solo si H64 = 2					
64	65	66	67	68	69	70	71

01	<input type="text"/>		<input type="text"/>					01
02	<input type="text"/>		<input type="text"/>					02
03	<input type="text"/>		<input type="text"/>					03

04	<input type="text"/>		<input type="text"/>					04
05	<input type="text"/>		<input type="text"/>					05
06	<input type="text"/>		<input type="text"/>					06

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

DESOCUPADOS E INACTIVOS		OTROS INGRESOS													
<p>¿_____ recibió o ganó el mes pasado ingresos por concepto de trabajo?</p> <p>Si recibió pero no sabe el monto, registre 98</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>		<p>El mes pasado _____ ¿recibió pagos por concepto de arriendos o pensiones?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 77</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="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si recibió pero no sabe el monto, registre 98</p>		<p>El mes pasado _____ ¿recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si recibió pero no sabe el monto, registre 98</p>		<p>El mes pasado _____ ¿recibió algún ingreso por pensión alimenticia por paternidad, divorcio o separación?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si recibió pero no sabe el monto, registre 98</p>		<p>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____ ¿recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si recibió pero no sabe el monto, registre 98</p>		<p>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____ ¿recibió dinero de otros hogares, personas o instituciones; dinero por intereses, dividendos, utilidades, o por cesantías?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 84</p>		<p>Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____ ¿recibió dinero de otros hogares o personas residentes en el país?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si recibió pero no sabe el monto, registre 98</p>	
C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$		
	72		73		74		75		76		77		78		79

01																01
02																02
03																03

04																04
05																05
06																06

## H. MERCADO LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (conclusión)

### OTROS INGRESOS (conclusión)

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____ ¿recibió dinero de otros hogares o de personas residentes fuera del país?		Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____ ¿recibió ayudas en dinero de instituciones dentro del país o fuera del país?		Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____ ¿recibió dinero por intereses de préstamos o por CDTs, depósitos de ahorro, utilidades ganancias o dividendos por inversiones?		Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____ ¿recibió ingresos por concepto de cesantías y/o intereses a las cesantías?		Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____ ¿recibió dinero de otras fuentes diferentes a las anteriores (ingresos por ganancias en juegos de azar, chances, loterías, indemnizaciones, liquidaciones, venta de propiedades, acciones, vehículos, etc.)		OBSERVACIONES
Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	Sí	1	
No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	
No sabe, no responde	9	No sabe, no responde	9	No sabe, no responde	9	No sabe, no responde	9	No sabe, no responde	9	
Si recibió pero no sabe el monto, registre 98		Si recibió pero no sabe el monto, registre 98		Si recibió pero no sabe el monto, registre 98		Si recibió pero no sabe el monto, registre 98		Si recibió pero no sabe el monto, registre 98		
C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	C.R.	Valor en \$	
	80		81		82		83		84	

01											01
02											02
03											03

04											04
05											05
06											06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 1)

- H15=2, no es el primer trabajo y H22 <36, ocupados con menos de 3 años en su trabajo actual.
- H64=2, es desocupado pero ha trabajado antes y H65<156, lleva buscando trabajo por menos de 3 años.
- H70<4, ha trabajado alguna vez y ha estado inactivo menos de 3 años.

Ya que me ha contado sobre su actividad principal actual, describa cronológicamente, en cuál de las siguientes situaciones se ha encontrado previamente desde enero del 2009 hasta la actividad que me acabó de contar.

- Trabajando  1
- No trabajó pero tenía trabajo  2
- Buscando trabajo  3
- Estudiando y no trabajó ni buscó trabajo  4 Pase a 20
- Realizó oficios del hogar y no trabajó ni buscó trabajo  5
- Incapacitado permanentemente para trabajar  6 Pase a la siguiente actividad.
- No trabajó ni buscó trabajo o vivió de la jubilación o renta  7 Pase a 21

Empiece por la más reciente

¿En qué lugar realizaba este trabajo?

- En otro país  1
- En este municipio  2
- En otro municipio  3



Nombre de la persona 1		N. O.	1				C.R.	2		2	
			Año de inicio	Mes de inicio	Año de finalización	Mes de finalización		Departamento	Código	Municipio	Código

			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					01
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					02
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					03

			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					04
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					05
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					06

**I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 1 continuación)**

¿Para realizar este trabajo _____ tenía algún tipo de contrato? (verbal o escrito)  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 6	¿Qué tipo de contrato tenía, verbal o escrito?  Verbal <input type="checkbox"/> 1 Escrito <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	¿El contrato de trabajo era a término indefinido o a término fijo?  A término indefinido <input type="checkbox"/> 1 A término fijo <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	En este trabajo _____ era: <input type="text"/> Lea las alternativas Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 Profesional independiente <input type="checkbox"/> 4 Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 5 Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 6 Trabajador de finca, tierra o parcela propia, en arriendo, aparcería o usufructo <input type="checkbox"/> 7 Trabajador sin remuneración <input type="checkbox"/> 8 Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 9	<b>OCUPADOS</b>						
				¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa o negocio en el que _____ realizaba su trabajo?	Antes de descuentos, ¿cuánto ganaba mensualmente en promedio en este trabajo?	¿Cuántas horas semanales, en promedio, trabajó en ese empleo?	¿En qué lugar realizaba esta actividad laboral? En la vivienda que habitaba <input type="checkbox"/> 1 En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2 En kiosco-caseta <input type="checkbox"/> 3 En un vehículo <input type="checkbox"/> 4 De puerta a puerta <input type="checkbox"/> 5 Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6 Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7 En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8 En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9 En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11			
				Actividad	Código	Valor en \$			C.R.	Otra, ¿cuál?
3	4	5	6	7		8	9	10		

01							<input type="text"/>			01
02							<input type="text"/>			02
03							<input type="text"/>			03

04							<input type="text"/>			04
05							<input type="text"/>			05
06							<input type="text"/>			06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 1 continuación)

## OCUPADOS (continuación)

<p>¿Cuántas personas incluído usted, trabajaban en total en la empresa o negocio donde usted trabajaba?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> 1                  2 - 3 <input type="checkbox"/> 2                  4 - 5 <input type="checkbox"/> 3                  6 - 10 <input type="checkbox"/> 4                  11 - 19 <input type="checkbox"/> 5                  20 - 30 <input type="checkbox"/> 6                  31 - 50 <input type="checkbox"/> 7                  51 - 100 <input type="checkbox"/> 8                  101 y más <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Se encontraba afiliado a algún sindicato en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Estuvo afiliado a una empresa aseguradora de riesgos profesionales en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Su empleador o usted aportó a un fondo de cesantías en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Por ese trabajo usted cotizó a un fondo de pensiones?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 18</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>	<p>¿Por ese trabajo _____ cotizó a pensiones por un valor menor a sus ingresos mensuales?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 18</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>	<p>¿Por qué cotizó menos de sus ingresos mensuales?</p> <p>Por problemas financieros de la empresa <input type="checkbox"/> 1                  Condición de trabajo impuesta por el empleador <input type="checkbox"/> 2                  Porque su contrato se lo permite/no lo obligan a cotizar a pensiones <input type="checkbox"/> 3                  El salario no le alcanza para cotizar <input type="checkbox"/> 4                  No desea cotizar <input type="checkbox"/> 5                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>
11	12	13	14	15	16	17

01							01
02							02
03							03

04							04
05							05
06							06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 1 conclusión)

OCUPADOS (conclusión)			INACTIVOS		
<b>¿Cuál es el motivo por el que dejó ese trabajo?</b> Mutuo acuerdo de las partes <input type="checkbox"/> 1 Malas condiciones laborales o no le interesaba <input type="checkbox"/> 2 Vencimiento del contrato o fin del trabajo o servicio que dio origen al contrato <input type="checkbox"/> 3 Despido por causa justa <input type="checkbox"/> 4 Despido por necesidades de la empresa <input type="checkbox"/> 5 Cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 6 Encontró un mejor trabajo <input type="checkbox"/> 7 Condiciones de salud o discapacidad <input type="checkbox"/> 8 Se pensionó <input type="checkbox"/> 9 Motivo de fuerza mayor <input type="checkbox"/> 10 Amenazas o condiciones de orden público <input type="checkbox"/> 11 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 12	<b>Al término de esa relación de trabajo ¿recibió usted indemnización?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>	<b>Recibió usted alguno de los siguientes pagos:</b>  1. Cesantías Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  2. Seguro de desempleo Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>	<b>¿Por qué razón no trabaja ni busca trabajo?</b> Enfermedad o discapacidad <input type="checkbox"/> 1 Cuidado de los niños o ancianos <input type="checkbox"/> 2 Responsabilidades personales o familiares <input type="checkbox"/> 3 Embarazo <input type="checkbox"/> 4 Estudiaba o se estaba capacitando <input type="checkbox"/> 5 Realizaba la práctica, pasantía o trabajo voluntario <input type="checkbox"/> 6 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 7 Pensionado <input type="checkbox"/> 8 No le interesaba trabajar <input type="checkbox"/> 9 Estaba prestando el servicio militar <input type="checkbox"/> 10 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 12  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>		
18	19	20	21	<b>OBSERVACIONES</b>	

01						01
02						02
03						03

04						04
05						05
06						06

## I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 2)

- H15=2, no es el primer trabajo y H22 <36, ocupados con menos de 3 años en su trabajo actual.
- H64=2, es desocupado pero ha trabajado antes y H65<156, lleva buscando trabajo por menos de 3 años.
- H70<4, ha trabajado alguna vez y ha estado inactivo menos de 3 años.

**Ya que me ha contado sobre su actividad principal actual, describa cronológicamente, en cuál de las siguientes situaciones se ha encontrado previamente desde enero del 2009 hasta la actividad que me acabó de contar.**

- |  |   |
|--|---|
| Trabajando   | 1 |
| No trabajó pero tenía trabajo                                | 2 |
| Buscando trabajo   | 3 |
| Estudiando y no trabajó ni buscó trabajo                     | 4 |
| Realizó oficios del hogar y no trabajó ni buscó trabajo      | 5 |
| Incapacitado permanentemente para trabajar                   | 6 |
| No trabajó ni buscó trabajo o vivió de la jubilación o renta | 7 |
- Pase a 20
- Pase a la siguiente actividad.
- Pase a 21

Empiece por la más reciente

**¿En qué lugar realizaba este trabajo?**

- En otro país 1
- En este municipio 2
- En otro municipio 3



Nombre de la persona 2	N. O.	Año de inicio	Mes de inicio	Año de finalización	Mes de finalización	C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código	
		<b>1</b>					<b>2</b>				

										01
										02
										03

										04
										05
										06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 2 continuación)

<b>¿Para realizar este trabajo _____ tenía algún tipo de contrato? (verbal o escrito)</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 6	<b>¿Qué tipo de contrato tenía, verbal o escrito?</b>  Verbal <input type="checkbox"/> 1 Escrito <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>¿El contrato de trabajo era a término indefinido o a término fijo?</b>  A término indefinido <input type="checkbox"/> 1 A término fijo <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>En este trabajo _____ era:</b> <input type="button" value="Lea las alternativas"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1</li> <li>Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2</li> <li>Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3</li> <li>Profesional independiente <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 5</li> <li>Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 6</li> <li>Trabajador de finca, tierra o parcela propia, en arriendo, aparcería o usufructo <input type="checkbox"/> 7</li> <li>Trabajador sin remuneración <input type="checkbox"/> 8</li> <li>Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 9</li> </ul>	<b>OCUPADOS</b>					
				<b>¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa o negocio en el que _____ realizaba su trabajo?</b>	<b>Antes de descuentos, ¿cuánto ganaba mensualmente en promedio en este trabajo?</b>	<b>¿Cuántas horas semanales, en promedio, trabajó en ese empleo?</b>	<b>¿En qué lugar realizaba esta actividad laboral?</b> En la vivienda que habitaba <input type="checkbox"/> 1 En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2 En kiosco-caseta <input type="checkbox"/> 3 En un vehículo <input type="checkbox"/> 4 De puerta a puerta <input type="checkbox"/> 5 Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6 Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7 En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8 En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9 En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11		
				Actividad	Código	Valor en \$		C.R.	Otra, ¿cuál?
<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		

01							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		01
02							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		02
03							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		03

04							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		04
05							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		05
06							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 2 continuación)

## OCUPADOS (continuación)

<p>¿Cuántas personas incluído usted, trabajaban en total en la empresa o negocio donde usted trabajaba?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> 1                  2 - 3 <input type="checkbox"/> 2                  4 - 5 <input type="checkbox"/> 3                  6 - 10 <input type="checkbox"/> 4                  11 - 19 <input type="checkbox"/> 5                  20 - 30 <input type="checkbox"/> 6                  31 - 50 <input type="checkbox"/> 7                  51 - 100 <input type="checkbox"/> 8                  101 y más <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Se encontraba afiliado a algún sindicato en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Estuvo afiliado a una empresa aseguradora de riesgos profesionales en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Su empleador o usted aportó a un fondo de cesantías en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Por ese trabajo usted cotizó a un fondo de pensiones?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 18</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>	<p>¿Por ese trabajo _____ cotizó a pensiones por un valor menor a sus ingresos mensuales?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 18</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>	<p>¿Por qué cotizó menos de sus ingresos mensuales?</p> <p>Por problemas financieros de la empresa <input type="checkbox"/> 1                  Condición de trabajo impuesta por el empleador <input type="checkbox"/> 2                  Porque su contrato se lo permite/no lo obligan a cotizar a pensiones <input type="checkbox"/> 3                  El salario no le alcanza para cotizar <input type="checkbox"/> 4                  No desea cotizar <input type="checkbox"/> 5                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>
11	12	13	14	15	16	17

01							01
02							02
03							03

04							04
05							05
06							06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 2 conclusión)

OCUPADOS (conclusión)			INACTIVOS		
<b>¿Cuál es el motivo por el que dejó ese trabajo?</b> Mutuo acuerdo de las partes <input type="checkbox"/> 1 Malas condiciones laborales o no le interesaba <input type="checkbox"/> 2 Vencimiento del contrato o fin del trabajo o servicio que dio origen al contrato <input type="checkbox"/> 3 Despido por causa justa <input type="checkbox"/> 4 Despido por necesidades de la empresa <input type="checkbox"/> 5 Cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 6 Encontró un mejor trabajo <input type="checkbox"/> 7 Condiciones de salud o discapacidad <input type="checkbox"/> 8 Se pensionó <input type="checkbox"/> 9 Motivo de fuerza mayor <input type="checkbox"/> 10 Amenazas o condiciones de orden público <input type="checkbox"/> 11 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 12	<b>Al término de esa relación de trabajo ¿recibió usted indemnización?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>	<b>Recibió usted alguno de los siguientes pagos:</b>  1. Cesantías Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  2. Seguro de desempleo Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>	<b>¿Por qué razón no trabaja ni busca trabajo?</b> Enfermedad o discapacidad <input type="checkbox"/> 1 Cuidado de los niños o ancianos <input type="checkbox"/> 2 Responsabilidades personales o familiares <input type="checkbox"/> 3 Embarazo <input type="checkbox"/> 4 Estudiaba o se estaba capacitando <input type="checkbox"/> 5 Realizaba la práctica, pasantía o trabajo voluntario <input type="checkbox"/> 6 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 7 Pensionado <input type="checkbox"/> 8 No le interesaba trabajar <input type="checkbox"/> 9 Estaba prestando el servicio militar <input type="checkbox"/> 10 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 12  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>		
18	19	20	21	<b>OBSERVACIONES</b>	

01							01
02							02
03							03

04							04
05							05
06							06

## I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 3)

- H15=2, no es el primer trabajo y H22 <36, ocupados con menos de 3 años en su trabajo actual.
- H64=2, es desocupado pero ha trabajado antes y H65<156, lleva buscando trabajo por menos de 3 años.
- H70<4, ha trabajado alguna vez y ha estado inactivo menos de 3 años.

**Ya que me ha contado sobre su actividad principal actual, describa cronológicamente, en cuál de las siguientes situaciones se ha encontrado previamente desde enero del 2009 hasta la actividad que me acabó de contar.**

- Trabajando 1
- No trabajó pero tenía trabajo 2
- Buscando trabajo 3
- Estudiando y no trabajó ni buscó trabajo 4 Pase a 20
- Realizó oficios del hogar y no trabajó ni buscó trabajo 5
- Incapacitado permanentemente para trabajar 6 Pase a la siguiente actividad.
- No trabajó ni buscó trabajo o vivió de la jubilación o renta 7 Pase a 21

Empiece por la más reciente

**¿En qué lugar realizaba este trabajo?**

- En otro país 1
- En este municipio 2
- En otro municipio 3

Nombre de la persona 3	N. O.	Año de inicio	Mes de inicio	Año de finalización	Mes de finalización	C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código	
<b>1</b>							<b>2</b>				

		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							01
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							02
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							03

		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							04
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							05
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 3 continuación)

<b>¿Para realizar este trabajo _____ tenía algún tipo de contrato? (verbal o escrito)</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 6	<b>¿Qué tipo de contrato tenía, verbal o escrito?</b>  Verbal <input type="checkbox"/> 1 Escrito <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>¿El contrato de trabajo era a término indefinido o a término fijo?</b>  A término indefinido <input type="checkbox"/> 1 A término fijo <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	<b>En este trabajo _____ era:</b> <input type="button" value="Lea las alternativas"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1</li> <li>Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2</li> <li>Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3</li> <li>Profesional independiente <input type="checkbox"/> 4</li> <li>Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 5</li> <li>Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 6</li> <li>Trabajador de finca, tierra o parcela propia, en arriendo, aparcería o usufructo <input type="checkbox"/> 7</li> <li>Trabajador sin remuneración <input type="checkbox"/> 8</li> <li>Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 9</li> </ul>	<b>OCUPADOS</b>					
				<b>¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa o negocio en el que _____ realizaba su trabajo?</b>	<b>Antes de descuentos, ¿cuánto ganaba mensualmente en promedio en este trabajo?</b>	<b>¿Cuántas horas semanales, en promedio, trabajó en ese empleo?</b>	<b>¿En qué lugar realizaba esta actividad laboral?</b> En la vivienda que habitaba <input type="checkbox"/> 1 En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2 En kiosco-caseta <input type="checkbox"/> 3 En un vehículo <input type="checkbox"/> 4 De puerta a puerta <input type="checkbox"/> 5 Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6 Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7 En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8 En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9 En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11		
				Actividad	Código	Valor en \$		C.R.	Otra, ¿cuál?
<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		

01							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		01
02							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		02
03							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		03

04							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		04
05							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		05
06							<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 3 continuación)

## OCUPADOS (continuación)

<p>¿Cuántas personas incluído usted, trabajaban en total en la empresa o negocio donde usted trabajaba?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> 1                  2 - 3 <input type="checkbox"/> 2                  4 - 5 <input type="checkbox"/> 3                  6 - 10 <input type="checkbox"/> 4                  11 - 19 <input type="checkbox"/> 5                  20 - 30 <input type="checkbox"/> 6                  31 - 50 <input type="checkbox"/> 7                  51 - 100 <input type="checkbox"/> 8                  101 y más <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Se encontraba afiliado a algún sindicato en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Estuvo afiliado a una empresa aseguradora de riesgos profesionales en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Su empleador o usted aportó a un fondo de cesantías en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Por ese trabajo usted cotizó a un fondo de pensiones?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 18</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>	<p>¿Por ese trabajo _____ cotizó a pensiones por un valor menor a sus ingresos mensuales?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 18</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>	<p>¿Por qué cotizó menos de sus ingresos mensuales?</p> <p>Por problemas financieros de la empresa <input type="checkbox"/> 1                  Condición de trabajo impuesta por el empleador <input type="checkbox"/> 2                  Porque su contrato se lo permite/no lo obligan a cotizar a pensiones <input type="checkbox"/> 3                  El salario no le alcanza para cotizar <input type="checkbox"/> 4                  No desea cotizar <input type="checkbox"/> 5                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>
11	12	13	14	15	16	17
01						
02						
03						
04						
05						
06						

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 3 conclusión)

OCUPADOS (conclusión)		INACTIVOS		OBSERVACIONES	
<b>¿Cuál es el motivo por el que dejó ese trabajo?</b> Mutuo acuerdo de las partes <input type="checkbox"/> 1 Malas condiciones laborales o no le interesaba <input type="checkbox"/> 2 Vencimiento del contrato o fin del trabajo o servicio que dio origen al contrato <input type="checkbox"/> 3 Despido por causa justa <input type="checkbox"/> 4 Despido por necesidades de la empresa <input type="checkbox"/> 5 Cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 6 Encontró un mejor trabajo <input type="checkbox"/> 7 Condiciones de salud o discapacidad <input type="checkbox"/> 8 Se pensionó <input type="checkbox"/> 9 Motivo de fuerza mayor <input type="checkbox"/> 10 Amenazas o condiciones de orden público <input type="checkbox"/> 11 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 12	<b>Al término de esa relación de trabajo ¿recibió usted indemnización?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>	<b>Recibió usted alguno de los siguientes pagos:</b>  1. Cesantías Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  2. Seguro de desempleo Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>	<b>¿Por qué razón no trabaja ni busca trabajo?</b> Enfermedad o discapacidad <input type="checkbox"/> 1 Cuidado de los niños o ancianos <input type="checkbox"/> 2 Responsabilidades personales o familiares <input type="checkbox"/> 3 Embarazo <input type="checkbox"/> 4 Estudiaba o se estaba capacitando <input type="checkbox"/> 5 Realizaba la práctica, pasantía o trabajo voluntario <input type="checkbox"/> 6 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 7 Pensionado <input type="checkbox"/> 8 No le interesaba trabajar <input type="checkbox"/> 9 Estaba prestando el servicio militar <input type="checkbox"/> 10 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 12  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>		
18	19	C.R.	C.R.	C.R.	Otra, ¿cuál?

01						01
02						02
03						03

04						04
05						05
06						06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 4)

- H15=2, no es el primer trabajo y H22 <36, ocupados con menos de 3 años en su trabajo actual.
- H64=2, es desocupado pero ha trabajado antes y H65<156, lleva buscando trabajo por menos de 3 años.
- H70<4, ha trabajado alguna vez y ha estado inactivo menos de 3 años.

Ya que me ha contado sobre su actividad principal actual, describa cronológicamente, en cuál de las siguientes situaciones se ha encontrado previamente desde enero del 2009 hasta la actividad que me acabó de contar.

- Trabajando  1
- No trabajó pero tenía trabajo  2
- Buscando trabajo  3
- Estudiando y no trabajó ni buscó trabajo  4 Pase a 20
- Realizó oficios del hogar y no trabajó ni buscó trabajo  5
- Incapacitado permanentemente para trabajar  6 Pase a la siguiente actividad.
- No trabajó ni buscó trabajo o vivió de la jubilación o renta  7 Pase a 21

Empiece por la más reciente

¿En qué lugar realizaba este trabajo?

- En otro país  1
- En este municipio  2
- En otro municipio  3

Nombre de la persona 4		N. O.	1				2				
			Año de inicio	Mes de inicio	Año de finalización	Mes de finalización	C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código

			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						01
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						02
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						03

			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						04
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						05
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						06

**I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 4 continuación)**

¿Para realizar este trabajo _____ tenía algún tipo de contrato? (verbal o escrito)  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 6	¿Qué tipo de contrato tenía, verbal o escrito?  Verbal <input type="checkbox"/> 1 Escrito <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	¿El contrato de trabajo era a término indefinido o a término fijo?  A término indefinido <input type="checkbox"/> 1 A término fijo <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9	En este trabajo _____ era: <input type="checkbox"/> Lea las alternativas Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 Profesional independiente <input type="checkbox"/> 4 Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="checkbox"/> 5 Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 6 Trabajador de finca, tierra o parcela propia, en arriendo, aparcería o usufructo <input type="checkbox"/> 7 Trabajador sin remuneración <input type="checkbox"/> 8 Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 9	<b>OCUPADOS</b>						
				¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa o negocio en el que _____ realizaba su trabajo?	Antes de descuentos, ¿cuánto ganaba mensualmente en promedio en este trabajo?	¿Cuántas horas semanales, en promedio, trabajó en ese empleo?	¿En qué lugar realizaba esta actividad laboral?		En la vivienda que habitaba <input type="checkbox"/> 1 En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2 En kiosco-caseta <input type="checkbox"/> 3 En un vehículo <input type="checkbox"/> 4 De puerta a puerta <input type="checkbox"/> 5 Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6 Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7 En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8 En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9 En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11	
				Actividad	Código	Valor en \$		C.R.	Otra, ¿cuál?	
3	4	5	6	7		8	9	10		

01							<input type="text"/>			01
02							<input type="text"/>			02
03							<input type="text"/>			03

04							<input type="text"/>			04
05							<input type="text"/>			05
06							<input type="text"/>			06

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 4 continuación)

## OCUPADOS (continuación)

<p>¿Cuántas personas incluído usted, trabajaban en total en la empresa o negocio donde usted trabajaba?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> 1                  2 - 3 <input type="checkbox"/> 2                  4 - 5 <input type="checkbox"/> 3                  6 - 10 <input type="checkbox"/> 4                  11 - 19 <input type="checkbox"/> 5                  20 - 30 <input type="checkbox"/> 6                  31 - 50 <input type="checkbox"/> 7                  51 - 100 <input type="checkbox"/> 8                  101 y más <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Se encontraba afiliado a algún sindicato en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Estuvo afiliado a una empresa aseguradora de riesgos profesionales en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Su empleador o usted aportó a un fondo de cesantías en ese trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>¿Por ese trabajo usted cotizó a un fondo de pensiones?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 18</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>	<p>¿Por ese trabajo _____ cotizó a pensiones por un valor menor a sus ingresos mensuales?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1                  No <input type="checkbox"/> 2                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 18</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>	<p>¿Por qué cotizó menos de sus ingresos mensuales?</p> <p>Por problemas financieros de la empresa <input type="checkbox"/> 1                  Condición de trabajo impuesta por el empleador <input type="checkbox"/> 2                  Porque su contrato se lo permite/no lo obligan a cotizar a pensiones <input type="checkbox"/> 3                  El salario no le alcanza para cotizar <input type="checkbox"/> 4                  No desea cotizar <input type="checkbox"/> 5                  No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga está pregunta</p>
11	12	13	14	15	16	17
01						
02						
03						
04						
05						
06						

# I. HISTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más que cumplen las siguientes características) (persona 4 conclusión)

OCUPADOS (conclusión)			INACTIVOS		
<b>¿Cuál es el motivo por el que dejó ese trabajo?</b> Mutuo acuerdo de las partes <input type="checkbox"/> 1 Malas condiciones laborales o no le interesaba <input type="checkbox"/> 2 Vencimiento del contrato o fin del trabajo o servicio que dio origen al contrato <input type="checkbox"/> 3 Despido por causa justa <input type="checkbox"/> 4 Despido por necesidades de la empresa <input type="checkbox"/> 5 Cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 6 Encontró un mejor trabajo <input type="checkbox"/> 7 Condiciones de salud o discapacidad <input type="checkbox"/> 8 Se pensionó <input type="checkbox"/> 9 Motivo de fuerza mayor <input type="checkbox"/> 10 Amenazas o condiciones de orden público <input type="checkbox"/> 11 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 12	<b>Al término de esa relación de trabajo ¿recibió usted indemnización?</b>  Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>	<b>Recibió usted alguno de los siguientes pagos:</b>  1. Cesantías Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  2. Seguro de desempleo Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>	<b>¿Por qué razón no trabaja ni busca trabajo?</b> Enfermedad o discapacidad <input type="checkbox"/> 1 Cuidado de los niños o ancianos <input type="checkbox"/> 2 Responsabilidades personales o familiares <input type="checkbox"/> 3 Embarazo <input type="checkbox"/> 4 Estudiaba o se estaba capacitando <input type="checkbox"/> 5 Realizaba la práctica, pasantía o trabajo voluntario <input type="checkbox"/> 6 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 7 Pensionado <input type="checkbox"/> 8 No le interesaba trabajar <input type="checkbox"/> 9 Estaba prestando el servicio militar <input type="checkbox"/> 10 Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11 No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 12  <input type="button" value="Pase a la siguiente actividad"/>		
18	19	20	21	<b>OBSERVACIONES</b>	

01						01
02						02
03						03

04						04
05						05
06						06

## J. TRAYECTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más)

### PRIMER TRABAJO

- Que en H15 =2, H64 = 2 o H70 <> 5 o 9		¿A qué edad tuvo su primer trabajo como actividad principal?	¿En qué año tuvo su primer trabajo como actividad principal?	<b>En este trabajo ____ era:</b> <input type="text" value="Lea las alternativas"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obrero o empleado de empresa particular <input type="text" value="1"/></li> <li>Obrero o empleado del gobierno <input type="text" value="2"/></li> <li>Empleado doméstico <input type="text" value="3"/></li> <li>Profesional independiente <input type="text" value="4"/></li> <li>Trabajador independiente o por cuenta propia <input type="text" value="5"/></li> <li>Patrón o empleador <input type="text" value="6"/></li> <li>Trabajador de finca, tierra o parcela propia, en arriendo, aparcería o usufructo <input type="text" value="7"/></li> <li>Trabajador sin remuneración <input type="text" value="8"/></li> <li>Jornalero o peón <input type="text" value="9"/></li> </ul>	<b>Este trabajo era remunerado:</b> 1. En especie <input type="text" value="1"/> 2. En dinero <input type="text" value="1"/>	¿Cuál era la actividad que realizaba la persona, institución, empresa o negocio para el cual trabajaba?		
							Años	Año
Nombre de la persona	N. O.	1	1a	2	3	4		

01		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			01
02		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			02
03		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			03

04		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			04
05		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			05
06		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>			06

## J. TRAYECTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)

PRIMER TRABAJO (continuación)								
En qué lugar realizaba este trabajo?					¿En qué zona realizaba este trabajo?	¿Cotizó a un fondo de pensiones en ese primer trabajo?	¿Por qué no cotizó al sistema de pensiones en ese trabajo?	
<p>Lea las opciones</p> <p>En este municipio <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En otro municipio <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En otro país <input type="checkbox"/> 3 Pase a 7</p>					<p>Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 9</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Si G3=2, nunca ha cotizado pensión, no haga esta pregunta</p>	<p>No estaba obligado <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No alcanzaba el dinero <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Tenía otras formas de ahorro <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Era muy engorroso el trámite <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No conocía el sistema <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No podía retirar el dinero ante emergencias <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Las pensiones eran muy bajas/no valía la pena <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Pensaba que había que cotizar muchos años para obtener una pensión mínima <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Fue obligado por el empleador <input type="checkbox"/> 9</p> <p>La tasa de cotización era muy alta <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11</p> <p><input type="checkbox"/> 12</p>	
C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código			C.R.	Otra, ¿cuál?
5					6	7	8	

01									01
02									02
03									03

04									04
05									05
06									06

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

Número de orden de las personas registradas	Nombre(s) y apellido(s) de la persona	Tipo de documento de identidad		Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	¿Cuál es la fecha de nacimiento de ____?			¿Cuántos años cumplidos tiene ____?  Si es menor de un año, escriba 00
		C.R.	Número		Día	Mes	Año	
1	1a	1b		2	3			4
		No tiene <input type="checkbox"/> 1 Pase a 2 Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 2 Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> 3 Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 4 Registro civil <input type="checkbox"/> 5			Si no conoce el día, el mes o el año, escriba 99 en los espacios correspondientes a cada uno de ellos			

01								
02								
03								

04								
05								
06								

**J. TRAYECTORIA LABORAL (para todas las personas de 10 años y más) (continuación)**

PRIMER TRABAJO (continuación)		TRAYECTORIA LABORAL					
¿Por qué medio principal ... consiguió ese trabajo?		Desde su primer trabajo y a la fecha ¿Cuánto tiempo ha trabajado de manera remunerada ya sea como asalariado o independiente?		Durante el tiempo en que ha estado trabajando, aproximadamente, cuántos han sido como:		Desde su primer trabajo y hasta la fecha ¿Cuántos meses cotizó o ha cotizado en el sistema de pensiones?	
Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1 Buscó información con amigos colegas o familiares <input type="checkbox"/> 2 Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 3 Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios <input type="checkbox"/> 4 Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 5 Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> 6 Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 7 Utilizó el servicio público de empleo del SENA <input type="checkbox"/> 8 Buscó en internet <input type="checkbox"/> 9 La tasa de cotización era muy alta <input type="checkbox"/> 10 Otro medio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 11		Si no sabe registre 99		<input type="checkbox"/> 1 Asalariado <input type="checkbox"/> 2 Cuenta propia, independiente <input type="checkbox"/> 3 Patrón o empleador		Si G3=2, nunca ha cotizado; no formule esta pregunta  Si no sabe registre 99	
C.R.	Otra, ¿cuál?	Años	Meses	C. R.	Años	Meses	Meses
	9	10					12

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

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

## K. ACTIVOS Y RIESGOS DEL HOGAR (para el jefe del hogar o su cónyuge)

### 1. La vivienda ocupada por este hogar es:

- Propia, totalmente pagada   Pase a 3
- Propia, la están pagando
- En arriendo o subarriendo   Pase a 8
- Con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario)
- Poseción sin título (Ocupante de hecho) ó propiedad colectiva   Pase a 7

### 2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ \_\_\_\_\_

Si tienen varios préstamos, coloque el valor correspondiente a la sumatoria.

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

Sí

No

### 4. El año pasado ¿cuánto pagó por impuesto predial de esta vivienda?

\$ \_\_\_\_\_

A cuantos meses corresponde el pago

### 4a. ¿Esta vivienda fue comprada o construida entre 2010 y 2012?

Sí   → Año de compra o construcción \_\_\_\_\_

Valor \$ \_\_\_\_\_

No   Pase a 6

### 5. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizaron para la compra o construcción de ésta vivienda?

1. Recursos propios
2. Crédito hipotecario
3. Crédito de consumo
4. Fondo de empleados o cooperativas
5. Fondos municipales o departamentales
6. Préstamos de parientes o amigos
7. Ahorro programado
8. Cesantías
9. Otra

### 6. Si Usted quisiera vender esta vivienda, ¿cuál sería el precio mínimo en que la vendería?

Valor \$ \_\_\_\_\_

### 7. Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto estima que tendría que pagar mensualmente?

Valor \$ \_\_\_\_\_ Pase a 9

### 8. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo ?

Valor \$ \_\_\_\_\_

Excluya el pago de administración y/o celaduría

### 9. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de administración o celaduría ?

Valor \$ \_\_\_\_\_

### 10. ¿En los últimos doce meses, algún miembro del hogar recibió subsidio del gobierno o de otra institución en dinero o en especie para la compra, construcción, mejora, titulación o escrituración de vivienda, casalote o lote?

Sí   a) En dinero? → Sí   Valor \$ \_\_\_\_\_

No

Sí   Valor estimado \$ \_\_\_\_\_

b) En especie? → \_\_\_\_\_

No

No

## Bienes y activos del hogar

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

	Sí	No
1. Máquina lavadora de ropa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Nevera o refrigerador	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Horno eléctrico o de gas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Horno microondas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Televisor a color	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Reproductor de video (DVD, Blue-ray, otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Equipo de sonido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Computador para uso del hogar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Aire acondicionado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Carro para uso del hogar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Cuántos? _____	
12. Moto o motoneta para uso del hogar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Cuántos? _____	
13. Bicicleta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Servicio de televisión por suscripción cable o antena parabólica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Conexión a internet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>







## K. ACTIVOS Y RIESGOS DEL HOGAR (para el jefe del hogar o su cónyuge) (conclusión)

27. Alguno de los miembros del hogar es beneficiario de alguno de los siguientes programas o subsidios	28. ¿Sabe cuáles son los requisitos para ingresar al programa?  Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	29. ¿Por cuantas personas del hogar obtiene beneficios del programa?	30. Recibe asignaciones en dinero o en especie?  Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2  Si responde No, pase a 32	31. ¿Con que frecuencia recibe las asignaciones?  <input type="checkbox"/> 1 Mensuales <input type="checkbox"/> 2 Bimensuales <input type="checkbox"/> 3 Trimestrales <input type="checkbox"/> 4 Semestrales <input type="checkbox"/> 5 Una vez al año <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7 No sabe/ No responde	32. ¿Cómo considera la calidad del programa?  <input type="checkbox"/> 1 Muy buena <input type="checkbox"/> 2 Buena <input type="checkbox"/> 3 Mala <input type="checkbox"/> 4 Muy mala
1. Familias en Acción <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
2. Red Unidos <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
3. Hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
4. Desayunos infantiles o restaurantes escolares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
5. Otros programas del ICBF <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
6. Programas de formación del SENA <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
7. Vivienda de Interés Social <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
8. Subsidio familiar otorgado por las cajas de compensación familiar <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
9. Programas de acceso al microcrédito <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
10. Subsidios a la educación <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
11. Subsidio al desempleo <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
12. Fondo de solidaridad pensional sub-cuenta de subsistencia <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
13. Ninguno <input type="checkbox"/> 2					

### OBSERVACIONES

---



---



---



---



---

## L. GASTOS DEL HOGAR

1. Durante los ÚLTIMOS 7 días, una o más personas del hogar gastaron dinero en:		2. ¿Cuál fue el valor total pagado en los ÚLTIMOS 7 DÍAS?	3. Durante el ÚLTIMOS MES, los miembros de este hogar realizaron pagos por algunos de los siguientes servicios o artículos:	4. ¿Cuál fue el valor total pagado en el ÚLTIMO MES?	5. A cuantos meses corresponde el pago	
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 3			Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 6		Si L4=0, 98 ó 99 No formule esta pregunta	
Alimentos	Código respuesta	Valor pagado \$	Servicio o Artículo	Código respuesta	Valor pagado \$	Número de meses
1. Pan y cereales (Arepas, bollos, almojábanas Arroz, pastas, avena, cuchuco, harinas, corn flakes, y otros cereales)			17. Energía eléctrica			
2. Frijol seco, arveja seca, lentejas, garbanzos y otros granos			18. Acueducto			
3. Carnes de res, cerdo, cordero, pollo, gallina, carnes frías (salchichas, jamón, mortadela, etc.)			19. Alcantarillado			
4. Pescado u otros productos marinos			20. Recolección de basuras			
5. Leche, queso y huevos			21. Gas natural			
6. Aceites y grasas			22. Internet			
7. Frutas (Banano, guayaba, naranja, limón, mango, papaya, manzana, piña, mora, y otras frutas.)			23. Teléfono fijo			
8. Legumbres y verduras (Arveja verde, frijol verde habichuela, zanahoria, tomate, lechuga, pepino, cebolla larga y cabezona y otras verduras)			24. Teléfono celular			
9. Azúcar, mermelada, miel, chocolate y dulces de azúcar			25. Televisión satelital, cable o parabólica			
10. Café, té y cacao			26. Servicio doméstico			
11. Productos alimenticios no incluidos anteriormente			27. Transporte escolar			
12. Aguas minerales, refrescos, jugos procesados			28. Pensión escolar			
13. Comidas fuera de la casa			29. Alimentación escolar			
14. Bebidas alcohólicas, cigarrillos			30. Otros servicios educativos (contribuciones de ingreso, eventos culturales, mantenimiento de equipos, sistema-tización de calificaciones, etc.)			
15. Pasajes urbanos en bus, buseta, colectivo, ejecutivo, taxi, metro, transporte articulado			31. Diversiones y entretenimiento (espectáculos, discotecas, cine, deportes, etc.)			
16. Combustible y parqueo de vehículo de uso del hogar (diario - horas ó minutos)			32. Artículos para el aseo personal, aseo del hogar (Crema dental, jabón, champo, artículos higiénico, desodorante, máquinas y cuchillas de afeitador desechables, etc.) y (Detergentes, desinfectantes, escobas, ceras, servilletas, etc.)			
			33. Consulta médica			
			34. Consulta o tratamiento odontológico			
			35. Medicamentos			
			36. Exámenes de diagnóstico, Rx, laboratorio clínico, terapias de rehabilitación			



Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística  
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)  
Bogotá, D. C., Octubre de 2011