

606D. BIENES Y SERVICIOS DE CUIDADOS PERSONALES												
(606-D)			(606-E)				(606-E1)		(606-F)		(606-G)	
EN EL MES ANTERIOR, UD. Y/O ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR OBTUVIERON, CONSIGUIERON, COMPRARON O LE REGALARON:			¿CÓMO OBTUVIERON EL(LA) (Acepte una o más alternativas) Comprado? 1 Autoconsumo? 2 Autosuministro? 3 Como parte de pago a un miembro del hogar? 4 Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar? 5 Donado por alguna Institución o programa social? . 6 Otro? (Especifique) 7 NO SABE / NO RESPONDE 8				¿DÓNDE LO COMPRÓ? Ambulante..... 1 Bodega (x menor)....2 Bodega (x mayor)3 Mercado (x menor) ..4 Mercado (x mayor)...5 Supermercado6 Camioneta, Camión7 Feria.....8 Farmacia.....9 Peluquería 10 Otro (Especifique).. 11		¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?		¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE PRODUCTO O SERVICIO?	
PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO			PASE A 606-G				CÓDIGO		MONTO S/.		MONTO S/.	
SÍ NO			PASE AL SGTE. PRODUC.						Ent. Dec.		Ent. Dec.	
ARTÍCULOS PERSONALES												
1. ¿JABÓN DE TOCADOR?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
2. ¿CHAMPÚ Y REACONDICIONADOR?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
3. ¿PASTA DE DIENTES?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
4. ¿DESODORANTE?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
5. ¿TOALLAS HIGIÉNICAS?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
6. ¿COLONIA (PARA HOMBRE Y/O MUJER)?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
7. ¿LÁPIZ LABIAL?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
8. ¿ARTÍCULOS DE TOCADOR PARA BEBES (JABÓN DE TOCADOR, CHAMPÚ, ACEITE, COLONIA, ETC.)?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
9. ¿OTROS (CREMA PARA MANOS, MÁQUINA DE AFEITAR, POLVOS FACIALES, RIMEL, TINTE PARA CABELLO, PEINE, ESMALTE PARA UÑAS, ETC.)?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
(Especifique)												
SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL												
10. ¿CORTE DE CABELLO?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
11. ¿OTROS SERVICIOS (BAÑOS PÚBLICOS, ONDULACIÓN, LUSTRADA DE CALZADO, ETC.)?			1 2 3 4 5 6 7..... 8									
(Especifique)												

OBSERVACIONES	

607. VESTIDO Y CALZADO

(607) EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, DE..... A, UD. Y/O ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR OBTUVIERON, CONSIGUIERON, COMPRARON O LE REGALARON:			(607-A) ¿CÓMO OBTUVIERON EL(LA) (Acepte una o más alternativas)			(607-A1) ¿DÓNDE LO COMPRÓ?			(607-B) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?			(607-C) ¿CUÁNTO CREE QUE LE COSTARÍA SI TUVIERA QUE PAGAR POR ESTE PRODUCTO O SERVICIO?	
			<p>Comprado? 1</p> <p>Autoconsumo? 2</p> <p>Autosuministro? 3</p> <p>Como parte de pago a un miembro del hogar? 4</p> <p>Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar? 5</p> <p>Donado por alguna institución o programa social? 6</p> <p>Otro? (Especifique) 7</p> <p>NO SABE / NO RESPONDE 8</p>			<p>Ambulante.....1</p> <p>Bodega (x menor)2</p> <p>Bodega (x mayor)3</p> <p>Tienda especializada al por mayor.....4</p> <p>Tienda especializada al por menor.....5</p> <p>Bazar.....6</p> <p>Mercado (x menor)7</p> <p>Mercado (x mayor).....8</p> <p>Supermercado9</p> <p>Camioneta, Camión10</p> <p>Feria.....11</p> <p>Otro (Especifique).....12</p>							
	SÍ	NO				CÓDIGO			MONTO S/.			MONTO S/.	
									Ent.	Dec.		Ent.	Dec.
1. ¿TELAS?.....	1	2	1 2 3 4 5 6	7.....	8								
2. ¿PRENDAS DE VESTIR PARA ADULTOS?	1	2	1 2 3 4 5 6	7.....	8								
3. ¿PRENDAS DE VESTIR PARA NIÑOS?	1	2	1 2 3 4 5 6	7.....	8								
4. ¿CALZADO PARA ADULTOS (INCLUYE ZAPATILLAS)?	1	2	1 2 3 4 5 6	7.....	8								
5. ¿CALZADO PARA NIÑOS (INCLUYE ZAPATILLAS)?	1	2	1 2 3 4 5 6	7.....	8								
6. ¿REPARACIÓN DE CALZADO?..	1	2	1 2 3 4 5 6	7.....	8								
7. ¿OTROS GASTOS (CONFECCIÓN, ETC.)?	1	2	1 2 3 4 5 6	7.....	8								
(Especifique)													

609. GASTOS DE TRANSFERENCIAS

(609) EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES , DE A, UD. Y/O ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR GASTARON EN:			(609-A) ¿CUÁNTO GASTÓ?
	SÍ	NO	MONTO S/.
			Ent. Dec.
1. ¿PENSIÓN POR ALIMENTOS, ETC.?.....	1	2	
2. ¿PROPINAS A MENORES DE 14 AÑOS MIEMBROS DEL HOGAR?.....	1	2	
3. ¿PROPINAS A PERSONAS FUERA DEL HOGAR?	1	2	
4. ¿DONACIONES A INSTITUCIONES: IGLESIA (LIMOSNAS), CÁRITAS, ETC.?	1	2	
5. ¿REMESAS, DONACIONES O REGALOS A MIEMBROS DEL HOGAR QUE ESTÁN FUERA DE ÉL?.....	1	2	
6. ¿IMPUESTOS DIRECTOS (RENTAS, AUTOVALÚO, ETC.)?.....	1	2	
7. ¿PAGO DE SEGURO DE VIDA Y OTROS SEGUROS (SEGURO FACULTATIVO, S.O.A.T., ETC.)?	1	2	
8. ¿REMESAS PERIÓDICAS A OTROS FAMILIARES QUE NO RESIDAN EN LA VIVIENDA?.....	1	2	
9. ¿OTROS GASTOS?	1	2	
(Especifique)			