

Instituto

Cuánto

ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES SOBRE MEDICION DE NIVELES DE VIDA MAYO - JULIO 1994

BANCO MUNDIAL

IDENTIFICACION DE LA VIVIENDA SELECCIONADA

A. UBICACION GEOGRAFICA

CODIGO

DEPARTAMENTO			
PROVINCIA			
DISTRITO			
CENTRO	Nombre		
POBLADO	Categoría		

B. UBICACION MUESTRAL

AREA URBANA 1

AREA RURAL 2

SEGMENTO N°
VIVIENDA N°
HOGAR N°

SEGMENTO No.
VIVIENDA No.
HOGAR No.

C. DIRECCION DE LA VIVIENDA

Nombre de la Calle, Jirón, Avenida, Pasaje, etc.	Puerta No.	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	Teléfono	Nombre y Apellidos del Jefe del Hogar

D. VIVIENDA ENTREVISTADA EN 1991

Sí 1	No 2
------------	------------

ENCUESTADORA

Nombre : _____

Fecha de Visitas al Hogar :

DIA	MES

SECCIONES DILIGENCIADAS

Resultado :

Completa

Incompleta

Razones : _____

JEFE DE BRIGADA

Nombre : _____

Fechas de Supervisión :

DIA	MES

ACCION DESARROLLADA

SECCION 1. FICHA DEL HOGAR				PARA CADA PERSONA ANOTADA EN 1							PARA < 6 AÑOS	PARA TODOS	JEFE DE HOG.			
C O D I G O	1. Quisiera hacer una lista completa de todas las personas que viven habitualmente y comparten sus comidas en este hogar.	C O D I G O	1 R E L A C I O N D E P A R E N T E S C O N E L J E F E	2 S E X O	4 ¿C u á l e s l a f e c h a d e n a c i m i e n t o d e ...[N O M B R E].?	5 ¿C u á l e s e l e s t a d o c i v i l o c o n y u g a l d e ...[N O M B R E].?	6 ¿C u á l e s l a l e n g u a m a t e r n a q u é h a b l a ...[N O M B R E].?	7 ¿C u é o t r o i d i o m a o d i a l e c t o h a b l a ... [N O M B R E]	8 D e s d e ... [M I S M A F E C H A D E L A Ñ O P A S A D O] h a s t a h o y, ¿c u á n t o s	9 ¿M I E M B R O D E L H O G A R? V E R I F I C A R C R I T E R I O S S I ... 1 N O...2 (* P E R S O N A S I G U I E N T E)	10 L a m a d r e d e ...[N O M B R E] v i v e e n e s t e h o g a r? S I : A N O T A R E L C O D I G O D E I D E N T I F I C A C I O N D E L A M A D R E	11 ¿...[N O M B R E]... F u e e n c u e s t a d a e n 1 9 9 1? E N C U E S T A D O R A C O N S I S T E N C I A R C O N T A R J E T A	12 ¿C o n s i d e r a U d. q u é s u n i v e l d e v i d a c o n r e l a c i o n a O c t. d e 1 9 9 1			
	EDAD DE MIEMBRO DEL HOGAR	HACER UNA LISTA COMPLETA DE ESTAS PERSONAS ANTES DE PASAR A LAS PREGUNTAS 4-11, EN EL ORDEN SIGUIENTE: A) JEFE DE HOGAR B) CONYUGE C) HIJOS SOLTEROS, DE MAYOR A MENOR D) HIJOS CASADOS, CON SUS CONYUGES E HIJOS E) OTROS PARIENTES F) PERSONAS NO PARIENTES (PENSIONISTAS, TRABAJADORES DEL HOGAR, ETC.) G) PERSONAS NO PRESENTES PERO QUE VIVEN HABITUALMENTE (QUE ESTE DE VACACIONES ESTUDIANDO EN OTRA PARTE, ETC)	J I I D E N N T I J I F I C C I O N	I I D E N N T I J I F I C C I O N	H O M B R E ... 1 M U J E R ... 2	(< 12 AÑOS PASE A 6)	L E E R A L E N T R E V I S T A D O C o n v i v i e n t e ... 1 C a s a d o (a) ... 2 V i u d o (a) ... 3 D i v o r c i a d o (a) ... 4 S e p a r a d o (a) ... 5 S o l t e r o ... 6	C A S T E L L A N O ... 1 Q U E C H U A ... 2 A Y M A R A ... 3 C A M P A ... 4 S H I P I B O ... 5 O T R O N A T I V O ... 6 I N G L E S ... 7 O T R O E X T R A N J E R O... 8 N O H A B L A ... 9 F R A N C E S ... 9 O T R O E X T R A N J E R O... 10 N I N G U N O ... 11	1 m e s e s ... 1 e s t u v o ... 2 [N O M B R E] ... 3 a u s e n t e ... 4 d e l h o g a r, ... 5 s i n d o r m i r ... 6 n i c o m e r ... 7 e n é l? ... 8	S I ... 1 N O...2 (* P E R S O N A S I G U I E N T E)	N O ...99	S I ... 1 N O ... 2	H a m e j o r a d o? ... 1 H a e m p e o r a d o? ... 2 S i g u e I g u a l? ... 3			
	NOMBRE COMPLETO	N O M B R E	N O M B R E		D I A	M E S	A Ñ O		M E S E S							
01		01	01	1												
02		02	02													
03		03	03													
04		04	04													
05		05	05													
06		06	06													
07		07	07													
08		08	08													
09		09	09													
10		10	10													
11		11	11													
12		12	12													
13		13	13													
14		14	14													
15		15	15													

C O D I G O	SECCION 1. FICHA DEL HOGAR		C O D I G O
	1. Quisiera hacer una lista completa de todas las personas que viven habitualmente y comparten sus comidas en este hogar. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> HACER UNA LISTA COMPLETA DE ESTAS PERSONAS ANTES DE PASAR A LAS PREGUNTAS 4-11, EN EL ORDEN SIGUIENTE: </div> A) JEFE DE HOGAR B) CONYUGE C) HIJOS SOLTEROS, DE MAYOR A MENOR D) HIJOS CASADOS, CON SUS CONYUGES E HIJOS E) OTROS PARIENTES F) PERSONAS NO PARIENTES (PENSIONISTAS, TRABAJADORES DEL HOGAR, ETC.) G) PERSONAS NO PRESENTES PERO QUE VIVEN HABITUALMENTE (QUE ESTE DE VACACIONES ESTUDIANDO EN OTRA PARTE, ETC)		
EDAD DE MIEMBRO DEL HOGAR	NOMBRE COMPLETO		

01			01
02			02
03			03

04			04
05			05
06			06

07			07
08			08
09			09

10			10
11			11
12			12

13			13
14			14
15			15

C O D I G O	SECCION 1. FICHA DEL HOGAR		C O D I G O
	1. Quisiera hacer una lista completa de todas las personas que viven habitualmente y comparten sus comidas en este hogar. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> HACER UNA LISTA COMPLETA DE ESTAS PERSONAS ANTES DE PASAR A LAS PREGUNTAS 4-11, EN EL ORDEN SIGUIENTE: </div> A) JEFE DE HOGAR B) CONYUGE C) HIJOS SOLTEROS, DE MAYOR A MENOR D) HIJOS CASADOS, CON SUS CONYUGES E HIJOS E) OTROS PARIENTES F) PERSONAS NO PARIENTES (PENSIONISTAS, TRABAJADORES DEL HOGAR, ETC.) G) PERSONAS NO PRESENTES PERO QUE VIVEN HABITUALMENTE (QUE ESTE DE VACACIONES ESTUDIANDO EN OTRA PARTE, ETC)		
EDAD DE MIEMBRO DEL HOGAR	NOMBRE COMPLETO		

01			01
02			02
03			03

04			04
05			05
06			06

07			07
08			08
09			09

10			10
11			11
12			12

13			13
14			14
15			15

SECCION 2. VIVIENDA

PARTE A: CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

ENCUESTADOR ANOTAR:

1. TIPO DE VIVIENDA (Vivienda principal)

- CASA INDEPENDIENTE 1
- DEPARTAMENTO EN EDIFICIO 2
- VIVIENDA EN QUINTA 3
- VIVIENDA EN CASA DE VECINDAD
(CALLEJON, SOLAR O CORRALON) 4
- VIVIENDA IMPROVISADA
(ESTERA, CAÑA CHANCADA, ETC..) 5
- OTRO (CUAL) 6

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su vivienda y los materiales utilizados en su construcción. Por vivienda quiero decir todos los cuartos y habitaciones usadas por los miembros de su hogar.

2. ¿Qué material predomina en las paredes exteriores de su vivienda?

- LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO 1
- ADOBE O TAPIA 2
- QUINCHA (CAÑA CON BARRO) 3
- PIEDRA CON BARRO 4
- MADERA 5
- ESTERA 6
- OTRO (CUAL) 7

3. ¿Qué material predomina en los pisos de su vivienda?

- PARQUET O MADERA PULIDA 1
- LAMINAS ASFALTICAS, VINILICOS
O SIMILARES 2
- LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES 3
- MADERA (ENTABLADOS) 4
- CEMENTO 5
- TIERRA 6
- OTRO (CUAL) 7

4. ¿Qué material predomina en los techos de su vivienda?

- CONCRETO ARMADO 1
- MADERA 2
- TEJAS 3
- PLANCHAS DE CALAMINA, FIBRA
O SIMILARES (ETERNIT) 4
- CANA O ESTERA CON TORTA DE BARRO 5
- PAJA, HOJAS DE PALMERA, ETC. 6
- OTRO (CUAL) 7

5. ¿Cuántos cuartos tiene en total este hogar, incluyendo los dormitorios, sala y comedor?

[NO CUENTE LOS BAÑOS, COCINA, PASADIZOS, GARAJE NI DEPOSITOS]

6. ¿Tiene cuarto aparte para cocinar?

Si 1 No 2

7. ¿Tiene cuarto aparte para realizar alguna actividad económica?

Si 1 No 2

8. ¿En los últimos 3 años realizó alguna mejora en su vivienda?

Si 1
No 2
(» PARTE B)

ENCUESTADOR MARQUE CON ASPA EL (LOS) RECUADROS CORRESPONDIENTES A LA(S) MEJORA(S) QUE SE HA(N) REALIZADO:

- CONSTRUYO O RECONSTRUYO PAREDES INTERIORES O EXTERIORES
- PINTO PAREDES INTERIORES O EXTERIORES
- INSTALO CONEXION DE AGUA
- INSTALO CONEXION DE DESAGUE (INCLUIR POZO SEPTICO Y CIEGO)
- INSTALO CONEXION DE LUZ ELECTRICA
- INSTALO AGUA CALIENTE - THERMA
- INSTALO O RENOVO SANITARIOS (INODORO, DUCHA, ETC)
- INSTALO AIRE ACONDICIONADO, PORTERO ELECTRONICO
- OTRAS MEJORAS

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

SECCION 2. PARTE B: GASTOS DE LA VIVIENDA

1. ¿La vivienda que ocupa este hogar es
- por invasión? 1 (» 6)
 - propia, y totalmente pagada? 2 (» 6)
 - propia, y la están pagando? 3
 - alquilada, a cambio de especies, servicios o dinero? 4 (» 4)
 - Usufrutuada 5 (» 6)
 - Otro (Cuál) 6 (» 6)

2. ¿Cuál fue el monto de la última cuota y en qué mes la pagó?
SE PUEDE RESPONDER EN SOLES O DOLARES
- \$ S/. MES:

3. ¿Con qué frecuencia paga esas cuotas?
- MENSUALMENTE 5
 - TRIMESTRALMENTE 6
 - SEMESTRALMENTE 7
 - ANUALMENTE 8 » 8

4. ¿Cuánto fue el último pago mensual y en que mes lo realizó?
- MONTO : \$ S/. MES :
- SI NO PAGAN EN DINERO, VALORAR LOS SERVICIOS O ESPECIES

5. ¿Quién les alquila esta vivienda?
- PARIENTE 1
 - ORGANISMO PUBLICO (GOBIERNO) 2
 - PARTICULAR/AGENCIA PRIVADA 3
 - Su empleador (PRIVADO) 4
 - Otro (CUAL) 5 » 7

6. Si Uds. tuvieran que alquilar esta vivienda, ¿en cuántos soles la alquilarían al mes?
- MONTO: S/.

7. ¿Si uds. tuvieran que vender esta vivienda en cuánto la venderían?
- MONTO: \$ S/.

8. ¿Cómo se abastece de agua este hogar?
- DENTRO DE LA VIVIENDA RED PUBLICA
 - FUERA DE LA VIVIENDA, DENTRO DEL EDIFICIO 2
 - PILON 3
 - POZO 4 (» 11)
 - RIO, ACEQUIA, MANANTIAL 5 (» 11)
 - CAMION TANQUE, AGUATERO 6 (» 10)
 - OTRO (CUAL) 7 (» 10)

9. ¿Cuántas horas diarias, en promedio, han tenido servicio de agua de la RED PUBLICA en los últimos 15 días?
- NUMERO DE HORAS DIARIAS:

10. ¿Cuánto fue el último pago mensual del hogar por consumo de agua y en que mes? (SI NO GASTO, ANOTAR "00")
- MONTO: MES:

11. ¿A Cuántos metros de su hogar se encuentra ... [FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA]? (SI ESTA DENTRO DE LA VIVIENDA ANOTAR *00*)
- METROS

12. ¿Cuánto tiempo se demoran en traer el agua desde [FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA]? (SI ESTA DENTRO DE LA VIVIENDA ANOTAR *00*)
- MINUTOS

13. ¿Cree Ud. que el agua que consume está contaminada?
- SI 1 NO ... 1

14. ¿Además de [FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA] tiene su hogar alguna otra fuente de abastecimiento de agua?
- Si Cuáles? (ANOTAR COD. DE Pg. 8)
- No 0

15. ¿Tiene servicio higiénico conectado?
- LA RED PUBLICA DENTRO DE LA VIV. 1
 - LA RED PUBLICA FUERA DE LA VIV. 2
 - POZO SEPTICO 3
 - POZO CIEGO O NEGRO 4
 - SOBRE ACEQUIA O CANAL 5
 - NO TIENE SERV. HIGIENICO 6

16. ¿Qué tipo de alumbrado tiene este hogar?
- ELECTRICIDAD 1
 - KEROSENE, PETROLEO O GAS 2 (» 18)
 - VELA 3 (» 18)
 - NINGUNO 4 (» 18)
 - OTRO: CUAL? 5 (» 18)

17. ¿Cuánto fue el último pago mensual del hogar por consumo de luz y en que mes?
- MONTO : MES :

18. ¿Qué combustible usan en su hogar para cocinar?
- ELECTRICIDAD 1 (» 20)
 - GAS 2
 - KEROSENE 3
 - CARBON 4
 - LEÑA 5
 - OTRO 6
 - NO COCINAN 7 (» 20)

19. ¿Cuánto fue el gasto por(COMBUSTIBLE) en las últimas cuatro (4) semanas?
- MONTO : MES :

20. ¿Tiene Ud. teléfono en el hogar?
- SI 1
- NO ... 2 (» 22)

21. ¿Cuánto fue el último pago mensual por teléfono, y en qué mes?
- MONTO : MES :

22. ¿De cuánto fue el último pago mensual por arbitrios municipales, y en que mes se realizó?
- MONTO : MES :

23. ¿Cuánto fue el último pago mensual para los otros gastos regulares, por ejemplo, gastos de mantenimiento, policía particular, y en que mes? (SI NO GASTO, ANOTAR "00")
- MONTO : MES :

SECCION 3. EDUCACION : 6 AÑOS Y MAS

C O D I G O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	¿sabe ..[NOMBRE]..		¿Asistió [NOMBRE] a la escuela?	CHEQUEE LA COLUMNA EDAD DE LA FICHA DEL HOGAR. SI [NOMBRE] ES: > DE 14 AÑOS ...1 (» 24) < DE 14 AÑOS ...2 (» MIEMBRO SIGUIENTE)	¿Cuál es el último año y nivel de estudios que ... [NOMBRE] ... aprobó? NIVEL : NINGUNO 1 < 14 años » 9 > 14 años » 24 PRIMARIA 2 (» 7) SECUNDARIA COMUN 3 (» 7) SECUNDARIA TECNICA 4 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA 5 UNIVERSITARIA 6 OTRO. 7	En ese [ULTIMO NIVEL], ¿Obtuvo [NOMBRE] un título?	¿El último C. Educativo al que asistió [NOMBRE]. era ...	El último centro educativo al que asistió/asiste ... [NOMBRE] ... cuenta con servicios de agua y desagüe que funcionan? SI AGUA RED PUBLICA 1 DESAGUE 2 AMBOS 3 NO NINGUNO 4	¿Asiste [NOMBRE] actualmente a algún centro educativo, o estudia algo actualmente? (INDAG » 12)	En los últimos 7 días, ¿A cuántas horas de clases efectivas asistió [NOMBRE]	En los últimos 12 meses ¿Asistió [NOMBRE] a algún centro educativo o estudió en alguna institución? SI ... 1 NO ... 2 (> 20 Años » 24 < 21 Años » 21)	¿En que mes matri- culó a [NOMBRE]
I D E N T I F I C A C I O N	SI 1 NO 2 (» 3)	SI 1 NO 2	SI 1 (» 5) NO 2		NIVEL	SI 1 NO 2	público 1 privado 2 Parroquial . 3 (Fe y Alegría)	SI 1 NO 2 (» 11)		HORAS		MES

01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SISTEMA REGULAR

DIURNO
(BASICA REGULAR)

VESPERTINO Y NOCTURNO
(BASICA LABORAL)

<u>ANTERIOR</u>		<u>ACTUAL</u>	<u>ANTERIOR</u>		<u>ACTUAL</u>
PRE-ESCOLAR	è	NINGUNO	PRE-ESCOLAR	è	NINGUNO
INICIAL	è	NINGUNO	TRANSICION	è	1ER. GRADO
TRANSICION	è	1ER. GRADO			
PRIMARIA			PRIMARIA		
PRIMER AÑO	è	2DO. GRADO	PRIMER AÑO	è	2DO. GRADO
SEGUNDO AÑO	è	3ER. GRADO	SEGUNDO AÑO	è	2DO. GRADO
TERCER AÑO	è	4TO. GRADO	TERCER AÑO	è	3ER. GRADO
CUARTO AÑO	è	5TO. GRADO	CUARTO AÑO	è	4TO. GRADO
QUINTO AÑO	è	6TO. GRADO	QUINTO AÑO	è	5TO. GRADO
			SEXTO AÑO	è	6TO. GRADO
SECUNDARIA			SECUNDARIA		
PRIMER AÑO	è	1ER. AÑO	PRIMER AÑO	è	1ER. AÑO
SEGUNDO AÑO	è	2DO. AÑO	SEGUNDO AÑO	è	2DO. AÑO
TERCER AÑO	è	3ER. AÑO	TERCER AÑO	è	3ER. AÑO
CUARTO AÑO	è	4TO. AÑO	CUARTO AÑO	è	4TO. AÑO
QUINTO AÑO	è	5TO. AÑO	QUINTO AÑO	è	5TO. AÑO
			SEXTO AÑO	è	6TO. AÑO

SECCION 3. EDUCACION (CONT.)

										< 21 AÑOS			
C O D I G O	13				14	15	16	17	18	19	20	21	22
	¿En ésta última matrícula de ... [NOMBRE] ... cuánto gastó en				¿En el último mes cuánto gasto en pensiones refrigerios transporte, u otros gastos escolares de [NOMBRE]	¿Cuántos libros le solicitaron a ...[NOMBRE]... en su Centro Educativo? ANOTAR CANTIDAD y de éstos cuántos libros compraron?	SI NO COMPRARON TODOS LOS LIBROS ¿Qué hace ...[NOMBRE]... para remediar la falta de libros? COMPARTIR CON OTRAS PERSONAS DE LA VIV. 1 FUERA DE LA VIV. 2 VISITA BIBLIOTECAS 3 SE PRESTA LIBROS 4 OTRO 5 NO TIENE ACCESO A LIBROS 6	...[NOMBRE]... Recibe o recibió gratuitamente en el último año uniformes, libros o útiles en la escuela y/o colegio? SI UNIFORMES 1 LIBROS 2 UTILES 3 OTRO 4 <i>especifique</i> NO 5	...[NOMBRE]... Se retiró o trasladó de su C. Educativo en el último año? Se trasladó: De priv. a publ. 1 De publ. a priv. 2 De pub. a publ. 3 De priv. a priv. 4	¿Qué medios de transporte usa o usaba ..[NOMBRE].. habitualmente para ir a su Centro Educativo TR. PUBLICO 1 TR. PRIVADO 2 MOTORIZADO 3 NO MOTORIZADO ... 3 CAMINA 4 ACEMILA 5 OTRO 6	¿Cuánto se demora (demoraba) [NOMBRE] habitualmente en ir de aquí a su centro educativo? TIEMPO DE IDA HRS MIN	Repitió.... [NOMBRE] Algún año de estudios en el colegio? Sí, Cuántas veces? ... No 0	¿Qué grados repitió [NOMBRE] Primaria 1 GRADO 01 2 GRADO 02 3 GRADO 03 4 GRADO 04 5 GRADO 05 6 GRADO 06 Secundaria 1 AÑO 07 2 AÑO 08 3 AÑO 09 4 AÑO 10 5 AÑO 11
I D E N T I F I C A C.	A	B	C	D	SI NO GASTO ANOTAR CERO	LIBROS SOLICITADOS	LIBROS COMPRADOS	NO	Se retiró ...porqué? SUBIERON GASTOS ... 5 POR TRABAJO 6 POR NEG. FAMILIAR .. 7 BAJA CALIDAD EDUC. 8 OTROS 9 NO 0	TR. PRIVADO 2 (> 20 AÑOS » PASE A 24 < 24) NO MOTORIZADO ... 3	TIEMPO DE IDA	MIEMBRO SIGUIENTE	
	... matrícula incluyendo los aportes a asociaciones de padres de familia/apoyo educativo?	... libros y textos?	... uniformes y otros útiles?	TOTAL									
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

		CURSOS DE CAPACITACION (>14 años)				MENORES DE 6 AÑOS			
C	23	24	25	26	27	28	29	30	31
O	¿Por qué cree que repitió [NOMBRE]..?	¿Estudió o estudia actualmente un curso para desempeñar un trabajo u oficio?	¿Cuántas horas asiste semanalmente?	¿Dónde recibe o recibió esa capacitación. [NOMBRE]...?	¿Obtuvo u obtendrá ..[NOMBRE].. Algún diploma o certificado en ese curso?	¿Asiste actualmente a un nido?	¿En qué mes matriculó a . . . [NOMBRE]?	¿Cuánto gastó por [NOMBRE] en el pago de matrícula, incluyendo los aportes a asociaciones de padres de familia/apoyo educativo.	¿En el último mes cuánto gastó en pensiones, refrigerios, transporte, u otros gastos escolares de [NOMBRE]?
I	- INASISTENCIA			ACADEMIA	SI ...1	SI A cuál?			
G	ENFERMEDAD			INSTITUTO DE CAPACITACION OCUPACIONAL	NO...2	PRONOEI			
O	TRABAJO			INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO		ESTATAL			
I	- EDUCACION			CAPACITACION POR UNIVERSIDAD		PRIVADO			
D	DEFICIENTE.....	SI AHORA 1		CTRO. DE INSTRUCCION TECNICA DE LAS FUERZAS ARMADAS		OTRO			
E	- MAESTRO INCOMPETENTE.....	SI ANTES..... 2		CENTRO DE TRABAJO O EMPRESA					
N	- FALTA UTILES, LIBROS, ETC	(» 26)		CURSO POR CORRESPONDENCIA					
T	- NIÑO MAL PREPARADO (flojo).....	NUNCA..... 3		OTRO					
I	- PADRES DESINTERESADOS	(» PREG. 32)							
A	RESADOS								
C	- IDIOMA								
I	- OTRO (CUAL?)								
O	>= 14 AÑOS » P.24		HORAS					MES	MONTO
N	< 14 --> MIEMB. SIG.								MONTO

PARA HOGARES CON NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (PREGUNTAR A LA PERSONA MEJOR INFORMADA)

CODIG. PERSONA	
32	Si Ud. pudiera, que cambios haria en los colegios de sus hijos? (Poner escala del 1 al 3)
1.	MEJORAR EL LOCAL.....
2.	MEJORAR EL MOBILIARIO Y SERV.....
3.	IMPLEMENTAR PROGRAMA ALIM.....
4.	DISMINUIR ALUMNOS x AULA.....
5.	DAR CAPACITACION A PROFESORES.....
6.	MEJORAR MATERIAL DIDACTICO.....
7.	AMPLIAR BIBLIOTECA.....
8.	DAR MAS PODER AL DIRECTOR.....
9.	MEJORAR PERSONAL AUXILIAR.....
0.	OTRO.....
<i>Especifique</i>	
33	Quien peinsa Ud. que debe administrar las escuelas publicas?
	MINISTERIO DE EDUCACION..... 1
	MUNICIPALIDADES..... 2
	COMUNIDAD (INCLUY. PADRES DE FAM.....) 3
	INSTITUCIONES RELIGIOSAS..... 4
	PROFESORES CON AUTONOMIA..... 5
	INSTITUCIONES PRIVADAS (EMPRESAS)..... 6
	OTROS..... 7
<i>Especifique</i>	

MIEMBRO SIGUIENTE

SECCION 4. SALUD: PARTE A. PARA TODOS LOS MIEMBROS										
C	1	2	3	4	5	6	7	8		9
O	Durante las últimas 4 Semanas, [NOMBRE] estuvo enfermo, accidentado o tuvo alguno de estos síntomas? 1. Diarreas 2. Catarro, tos y dificultad para respirar 3. Presencia de lombrices 4. Fiebre, erupciones en la piel, ojos rojos 5. Tos prolongada seguida de vómitos 6. Tos persistente con esputos de sangre, adelgazamiento? 7. Granos, chupos, erupciones en la piel con mucha picazón? 8. Fiebre alta, molestias abdominales, malestar general. 9. Paludismo o terciana 10. Otro diagnóstico (especifique) 11. Accidente 12. Ningún síntoma SI RPTA. DE 1 A 11 PASE A 3	¿Tuvo [NOMBRE] alguna consulta o gasto por salud en las últimas 4 semanas? (SONDEE) CONSULTA: Salud 1 (» 5) Planif. Familiar 2 (» 5) MEDICINAS 3 (» 16) ANTICONCEP. 4 (» 16) NO 5 (» 18)	En total, ¿Cuántos días de las últimas 4 semanas estuvo [NOMBRE] enfermo o accidentado? DÍAS	De esos .. [DIAS]. en que [NOMBRE] estuvo enfermo, ¿Cuántos días estuvo impedido o en cama? DÍAS IMPEDIDO	¿Tuvo [NOMBRE] alguna consulta de salud durante las últimas 4 semanas para atenderse por esa enfermedad o accidente? SI Quién lo atendió en la consulta? MEDICO 1 DENTISTA 2 OBSTETRIZ 3 ENFERMERA 4 SANITARIO 5 PROMOTOR 6 FARMACEUTICO 7 PARTERA 8 CURANDERO 9 OTRO (Cuál?)..... 10 NO 11 (» 15)	¿Dónde se llevó a cabo la consulta? SI 2 o MAS LUGARES ANOTE CODIGO MENOR. HOSP. MIN. SALUD 1 HOSP. IPSS 2 HOSP. FF.AA. 3 CENTRO SALUD 4 PUESTO SANITAR. 5 PUESTO COMUNIT. 6 CLINICA O CONSULT. 7 FARMACIA 8 CASA DE PERS. CONSULT. 9 CASA ENFERMO 10 (»10) OTRO..... 11	¿Qué medio de transporte se usó para ir al lugar de la consulta? TR. PUBLICO..... 1 TR. PRIVADO 2 MOTORIZADO 2 NO MOTORIZ. 3 CAMINANDO 4 ACEMILA 5 OTRO 6	¿Cuánto se demoró en llegar al lugar en que hizo la consulta? TIEMPO DE IDA HORAS MINUTOS		¿En el lugar de consulta cuánto tiempo esperó para ser atendido? HORAS MINUTOS
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

SECCION 4. SALUD: PARTEA. PARA TODOS LOS MIEMBROS (cont.)										< DE 6 AÑOS			
C O D I G O O I D E N T I F I C A C.	10 ¿Cuántas veces se ha consultado a este [AGENTE] durante las últimas 4 semanas por esta enfermedad de [NOMBRE]?	11 En total, ¿Cuánto le han pagado Uds. a este [AGENTE]. por todas esas consultas?	12 Durante las últimas 4 semanas estuvo internado por ésta enfermedad? SI... ¿Cuántas Noches? NO... 0 (× 15)	13 ¿Dónde estuvo [NOMBRE] internado (a)? HOSPITAL: MINISTERIO 1 IPSS 2 FF. AA y FF.PP. 3 CENTRO SALUD 4 CLINICA PART. 5 OTRO 6	14 ¿Cuánto pagaron Uds. en total por este internamiento? RECETADAS O AUTORECETADAS SI COMPRARON 1 SI RECIBIERON 2 SI AMBAS 3 NO 4 (PASE A 18)	15 ¿Compraron o recibieron Uds. medicinas para esa enfermedad de [NOMBRE] en las últimas 4 semanas? FARMACIA 1 BOTIQUIN COM. 2 IPSS 3 BODEGA 4 PARROQUIA 5 HOSP. o C. SALUD 6 OTRO 7	16 ¿Dónde obtuvo [NOMBRE] éstas medicinas?	17 SOLO PARA MEDICINAS COMPRADAS ¿Cuánto gastaron en total por esas medicinas? SI NO GASTO ANOTAR 00	18 [NOMBRE] Está asegurado en el IPSS o tiene un seguro privado de salud? SI IPSS 1 SI PRIVADO..... 2 SI MILITAR..... 3 SI IPSS y PART. 4 NO 5 (SI > 6 AÑOS MIEMBRO SIGUIENTE)	19 ¿Recibió [NOMBRE] alguna de las siguientes vacunas...? SOLICITAR CARNÉ DE VACUNACION			
										A	B	C	D
	VECES	MONTO	NOCHES		MONTO			MONTO		BCG o Antituberculosa? SI 1 NO 2	Antisarampión? SI 1 NO 2	Antipolio? SI Cuántas dosis NO 0	Triple o DPT? SI Cuántas dosis NO 0
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

SECCION 5. ACTIVIDAD ECONOMICA. PARTE A. ACTIVIDAD DE LOS MIEMBROS : DE 6 AÑOS Y MAS

C O D I G O	1 En los últimos 7 días, ¿Trabajó Ud. para alguien que no es miembro de su hogar? Por ejm., para una empresa, sociedad, el gobierno, un patrón, u otro particular?	2 ¿Y durante los últimos 12 meses?	3 Durante los últimos 7 días, ¿Trabajó Ud. por cuenta propia, como familiar no remunerado, en la Chacra y/o crianza de animales?	4 ¿Y durante los últimos 12 meses?	5 Durante los últi- mos 7 días, ¿Ha dedicado tiempo a los quehaceres del hogar? SI CONTESTA "SI": ¿Cuántos días a la semana? y	6 EXAMINAR LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS 1 y 3 SI HAY ALGUNA RESPUESTA AFIRMATIVA (CODIGO 1)1 (* PARTE B)		7 ¿Ha buscado algún trabajo durante los últimos 7 días?	8 ¿Cuántas semanas lleva bus- cando trabajo?	9 ¿Cuánto es el ingreso mas bajo que Ud. aceptaría para trabajar?		10 ¿Porqué no buscó trabajo? (RAZON + IMPORTANTE)			11 Tiene Ud. un empleo fijo aunque no haya trabajado durante los últimos 7 días?	12 EXAMINAR LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS 2 y 4 SI HAY ALGUNA RESPUESTA AFIRMATIVA (CODIGO 1) 1 (--> PARTE E)		
						DIAS	HORAS			*SI TODAS SON RESPUESTAS NEGATIVAS (CODIGO 2)2	SEMA- NAS	MONTO	UNIDAD DE TIEMPO	Estudiante /menor 1			Quehaceres del hogar 2	Pensionado/jubilado 3
SI 1	SI 1	SI 1	SI 1	SI 1	¿Cuántos días a la semana? y			SI 1		» 11				SI 1 (PARTE D)	TODAS SON RESPUESTAS NEGATIVAS (CODIGO 2) 2 (--> PARTE G)			
NO 2	NO 2	NO 2	NO 2	NO 2	¿Cuántos horas al día? SI CONTESTA "NO": ANOTAR "00"			NO 2 (* 10)						NO 2				
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA 4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8																		

SECCION 5 PARTE B. TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS ULTIMOS 7 DIAS.

C O D I G O I D E N T I F I C A C	1 Por favor describame las labores que realizó durante los últimos 7 días en su ocupación principal, es decir, la ocupación en que trabajó "MAS HORAS" aunque no haya recibido ningún pago por su trabajo. ¿Qué hace / hacía exactamente Ud. en este trabajo?		2 ¿A qué actividad se dedica el negocio, la empresa u organismo en el que Ud. trabajó como [OCUPACION PRINCIPAL ULTIMOS 7 DIAS]		3 ¿Cuántos días de los últimos 7 días trabajó Ud. ésta ocupación?	4 Durante esos días, ¿Cuántas horas diarias trabajó Ud. efectivamente en ésta ocupación?	5 ¿Cuántos meses de los últimos 12 meses ha desempeñado Ud. esta ocupación	6 ¿Es éste un trabajo que se realiza sólo en determinadas, épocas del año?	7 ¿Cuánto tiempo trabaja Ud. como [OCUPACION]?			8 ¿Cuándo recibió el último pago? ¿Cuánto fue el monto? ¿Cada cuánto tiempo recibe?			9 En ésta ... [OCUPACION] ¿ha trabajado Ud. por cuenta propia o como familiar no remunerado?
	DESCRIPCION DE LA OCUPACION	COD.	ACTIVIDAD ECONOMICA	COD.	DIAS	HORAS POR DIA	MESES	SI..... 1 NO....2	AÑOS	MESES	SEMANAS	MONTO DEL ULTIMO PAGO	UNID. TPO.	MES	SI : INDEPENDIENTE ... 1 FAM. NO REMUN. ... 2 (PASE A 22) NO 3

01														
02														
03														

04														
05														
06														

07														
08														
09														

10														
11														
12														

13														
14														
15														

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5. PARTE B. TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS ULTIMOS 7 DIAS (CONT.)

C O D I G O I D E N T I F I C. SI .. 1 -> NO...2 (*) 11)	10 ¿Le dan sueldos o salarios adicionales en éste trabajo?	11 ¿Le dan además alguna remuneración en bienes o servicios, gratis o subvencionadas, como por ejemplo refrigerios o comestibles? transporte?	12 ¿Le dan algo más como remuneración en este trabajo además de lo que he mencionado, como por ejemplo : ropa o uniformes? vivienda? otros?	13 ¿En esta [OCUPACION] Trabaja usted como...? Obrero SECT. PUBLICO 1 SECT. PRIVADO 2 Empleado SECT. PUBLICO 3 SECT. PRIVADO 4 Trabajador del hogar 5 (PASE A 17)	14 Su jefe, patrón gerente o director es pariente suyo? SI 1 NO 2	15 ¿Hay sindicato u otro tipo de organización gremial en su centro de trabajo? SI 1 NO ... 2	16 ¿Cuándo Ud. empezó en esta ocupación firmó algún contrato de trabajo? SI 1 NO 2	17 ¿Qué medio de transporte usa habitualmente para ir a su centro de trabajo? Público..... 1 Priv. Motoriz. 2 Priv. No Mot. 3 Caminando 4 Acémila 5 Ninguno 6 Otro 7
	¿Cuánto le dan, y cada cuánto tiempo?	SI .. 1 -> NO...2 (*) 12)	¿Cuál es el valor hoy día de estos bienes, servicios y subvenciones, y cada cuánto tiempo le dan?	SI .. 1 -> NO...2 (*) 13)	¿Cuánto vale hoy día lo que le dan, y cada cuánto tiempo lo recibe			
	MONTO	UNID. TIEMPO	MONTO	UNID. TIEMPO	MONTO	UNID. TIEMPO		

01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA 4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5. PARTE B. TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS ULTIMOS 7 DIAS (FIN)

C D I G O I D E N T I F I C.	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	¿Cuánto se demora Ud. en llegar a su centro de trabajo?	¿A cuántos kilómetros de distancia se encuentra su centro de trabajo?	¿Para realizar este trabajo usa Ud. herramientas o materiales de su propiedad? SI ... ¿En cuánto podría vender estas cosas actualmente? NO ... 00	¿En éste trabajo le dan Vac. pagadas? Licencia pag. por enfermedad? SI : VACACIONES 1 LICENCIA POR ENFERMEDAD 2 AMBAS 3 NO, NINGUNO 4	¿Está Ud. Asegurado en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) o tiene otro seguro médico? SI : IPSS 1 PARTICULAR 2 MILITAR, POLICIAL 3 IPSS y PARTIC. 4 NO 5	¿Está afiliado a algún sistema de pensiones? SI: IPSS 1 AFP 2 MILITAR POLICIAL . 3 OTRO 4 NO 5	¿Cuántas personas en total trabajan en la empresa o negocio en el que Ud. labora? UD. SOLO 1 2 A 5 2 6 A 10 3 11 A 20 4 21 A 50 5 51 A 100 6 101 A 200 7 201 A MAS 8	¿Cree ud. que la empresa o negocio en el que trabaja contamina... El aire? 1 El agua? 2 El suelo? 3 NO CONTAMINA ... 4 NO SABE 5	¿Cree Ud. que su trabajo perjudica su salud? SI 1 NO 2	Además de ésta ocupación ¿ha tenido algún otro trabajo o "cachuelo" durante los últimos 7 días? SI..... 1 (» PARTE C) NO..... 2 (PARTE D)
	Hrs.	Min.	Km.	MONTO						

01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5 PARTE C. TRABAJO SECUNDARIO DURANTE LOS ULTIMOS 7 DIAS.

C O D I G O I D E N T I F I C	1 Describame las labores que realizó en la ocupación secundaria o cachuelo al que Ud. dedicó "MAS HORAS" durante los últimos 7 días. ¿Qué hizo usted en ésta ocupación? ¿Cuál fue su cachuelo?		2 ¿A qué actividad se dedica el negocio, la empresa u organismo en el que Ud. trabajó como [OCUPACION SECUNDARIA O CACHUELO]?		3 ¿Cuántos días de los últimos 7 días trabajo Ud. en ésta ocupación?	4 Durante esos días, ¿Cuántas horas diarias trabajó Ud. efectivamente en ésta ocupación?	5 ¿Cuántos meses de los últimos 12 meses ha desempeñado Ud. esta ocupación	6 ¿Hace cuánto tiempo trabaja Ud. como ... [OCUPACION]?			7 ¿Cuándo recibió el último pago? ¿Cuánto fue el monto? ¿Cada cuánto tiempo recibe?			8 Como [OCUPACION] trabajó Ud. por cuenta propia o como familiar no remunerado?
	DESCRIPCION DE LA OCUPACION	COD.	ACTIVIDAD ECONOMICA	COD.	DIAS	HORAS POR DIA	MESES	AÑOS	MESES	SE-MA-NAS	MONTO DEL ULTIMO PAGO	UNID. TPO.	MES	SI: INDEPENDIENTE 1 FAM. NO REMUN. 2 (PASEA 17) NO 3

01														
02														
03														

04														
05														
06														

07														
08														
09														

10														
11														
12														

13														
14														
15														

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5. PARTE C. TRABAJO SECUNDARIO (CONT.)

C O D I G O I D E N T I F I C	9	¿Le dan sueldos o salarios adicionales en éste trabajo?		10	¿Le dan además alguna remuneración en bienes o servicios, gratis o subvencionadas, como por ejemplo refrigerios o comestibles? transporte?		11	¿Le dan algo más como remuneración en este trabajo además de lo que he mencionado, como por ejemplo : ropa o uniformes? viviendas? otros?		12	¿En esta [OCUPACION] Trabaja usted como... Obrero SECT. PUBLICO 1 SECT. PRIVADO 2 Empleado SECT. PUBLICO 3 SECT. PRIVADO 4 Trabajador del hogar 5 (PASE A 15)	13	¿Hay sindicato u otro tipo de organización gremial en su centro de trabajo? SI 1 NO 2	14	¿Cuándo Ud. empezó en ésta ocupación firmó algún contrato de trabajo? SI 1 NO 2
	SI... 1	NO...2 (» 10)	¿Cuánto le dan, y cada cuánto tiempo?	UNID. TIEMP.	SI... 1	NO...2 (» 11)	¿Cuál es el valor hoy día de estos bienes, servicios y subvenciones, y cada cuánto tiempo le dan?	UNID. TIEMP.	SI... 1	NO...2 (» 12)	¿Cuánto vale hoy día lo que le dan, y cada cuánto tiempo lo recibe	UNID. TIEMP.			
		MONTO		MONTO		MONTO		MONTO							

01															
02															
03															

04															
05															
06															

07															
08															
09															

10															
11															
12															

13															
14															
15															

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5. PARTE C. TRABAJO SECUNDARIO (FIN)

C	15	16	17	18	19	20		
O	¿Para realizar el trabajo usó Ud. herramientas, equipos o materiales de su propiedad?	¿En éste trabajo le dan Vacaciones pagadas ? Licenc. pagada por enfermedad?	¿Está Ud. asegurado en el IPSS o tiene otro seguro médico?	¿Está Ud. afiliado a algún sistema de pensiones?	¿Cuántas personas en total trabajan en la empresa o negocio en el que Ud. labora?	Fuera de ésta (OCUPACION), ¿ha tenido algún otro trabajo o "cachuelo" durante los últimos 7 días?		
I	SI ...		SI :	SI :			ANOTAR MONTO DE INGRESO "NETO", E INCLUIR PAGOS EN BIENES O SERVICIOS	
D	¿En cuánto podría vender estas cosas actualmente?	SI, VACACIONES 1 SI, LICENCIA POR ENFERMEDAD .. 2 SI, AMBAS 3 NO, NINGUNO 4	IPSS 1 PARTIC. 2 MILITAR 3 IPSS y PART. . 4 NO 5	IPSS 1 AFP 2 MILITAR 3 OTRO 4 NO 5	UD, SOLO 1 2 A 5 2 6 A 10 3 11 A 20 4 21 A 50 5 51 A 100 6 101 A 200 7 201 A MAS 8	SI 1 -> NO ... 2 (» PARTE D)	Cuánto le pagaron o ganó Ud. por todos estos otros trabajos o cachuelos?	
F	NO 00						MONTO	UNIDAD TIEMPO

01								
02								
03								

04								
05								
06								

07								
08								
09								

10								
11								
12								

13								
14								
15								

SECCION 5 PARTE D. BUSQUEDA DE TRABAJO SUPLEMENTARIO

C O D I G O I D E N T I F I C A C	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Durante los últimos 7 días, buscó usted algún trabajo que le dé más ingresos además de los que ya tiene?	¿Porque no buscó otro trabajo o cachuelo? RAZON MAS IMPORTANTE NO QUIERE 1 NO TIENE TIEMPO 2 GANA LO SUFICIENTE 3 ESPERA RESP. DE UN EMPLEADOR O AGENCIA 4 ESPERA INICIO DE UN NUEVO TRABAJO 5 NO HAY MAS TRABAJO 6 YA LO CONSIGUIO 7 OTRA (CUAL) 8	Durante los últimos 7 días, ha buscado algún otro trabajo para reemplazar al que tiene usted actualmente? SI 1 NO 2 (» PARTE E)	¿Cuántas semanas lleva buscando otro trabajo? SEMANAS	¿Ha buscado un trabajo Independiente? 1 Asalariado? 2 Ambos? 3	¿Ha buscado en el sector Privado? 1 Público? 2 En ambos? 3	¿Ha buscado un trabajo en la actividad Agrícola? 1 No agrícola? 2 En ambas? 3	¿Cuánto es el ingreso más bajo que usted aceptaría para trabajar? ANOTAR MONTO Y FRECUENCIA DE PAGO, MONTO UNIDAD TIEMPO	
	SI 1 (» 4) NO 2								

01									
02									
03									

04									
05									
06									

07									
08									
09									

10									
11									
12									

13									
14									
15									

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5 PARTE E. TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES.

C O D I G O 12 m e s e s E s t e t r a b a j o ¿ e s l a m i s m a o c u p a c i o n p r i n c i p a l o s e c u n d a r i a q u e t u v o d u r a n t e l o s ú l t i m o s 7 d í a s ? S I M I S M O T R A B A J O P R I N C I P A L 2 (» P R E G. 28) S I M I S M O T R A B A J O S E C U N D A R I O 3 (» P R E G. 28) N O E S U N T R A B A J O D I F E R E N T E 4	1 SI NO TRABAJO ULTIMOS 7 DIAS 1 (PASE a 2) ¿Cuál fue su ocupación principal en los últimos 12 meses Este trabajo, ¿es la misma ocupación principal o secundaria que tuvo durante los últimos 7 días? SI, MISMO TRABAJO PRINCIPAL 2 (» PREG. 28) SI, MISMO TRABAJO SECUNDARIO 3 (» PREG. 28) NO, ES UN TRABAJO DIFERENTE 4		2 Por favor describame las labores que realizó durante los últimos 12 meses en su ocupación principal, es decir, la ocupación en que trabajó "MAS HORAS" aunque no haya recibido ningún pago por su trabajo. ¿Qué hace / hacia exactamente Ud. en este trabajo?		3 ¿A qué actividad se dedica el negocio, la empresa u organismo en el que Ud. trabajó como [OCUPACION PRINCIPAL 12 MESES]?		4 ¿Cuántos meses de los últimos 12 meses desempeñó Ud. esa ocupación? SI 8 MESES O MAS --> 6	5 ¿Era ese trabajo una actividad que se realiza sólo en determinadas épocas del año? SI..... 1 NO.....2	6 Durante las semanas en que trabajó en esa ocupación, ¿cuántos días trabajaba Ud. generalmente por semana? DIAS POR SEMANA	7 ¿Cuántas horas diarias trabajaba Ud. generalmente en esa ocupación? HORAS POR DIA	8 ¿Cuánto tiempo trabajó Ud. como..... [OCUPACION]? SI MENOS DE UN MES, ANOTAR SEMANAS.			9 ¿Cuánto fue su último pago o ingreso, y cada cuánto tiempo lo recibía? En que mes recibió este último pago? ANOTAR MONTO DE INGRESO "NETO", FRECUENCIA DE PAGO, Y MES DEL ULTIMO PAGO. SI NO RECIBIO ANOTAR "00"		
	DESCRIPCION DE LA OCUPACION	COD.	ACTIVIDAD ECONOMICA	COD.	MESES				AÑOS	MESES	SEMANAS	MONTO DEL ULTIMO PAGO	UNID. TPO.	MES		
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5. PARTE E. TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES (CONT.)

C O D I G O I D E N T I F I C.	10 En ésta ... [OCUPACION] ¿trabajó Ud. por cuenta propia o como familiar no remunerado?	11 ¿Le daban sueldos o salarios adicionales en este trabajo?	12 ¿Le daban además alguna remuneración en bienes o servicios, gratis o subven- cionadas, como por ejemplo refrigerios o comestibles? transporte?	13 ¿Le daban algo más como remuneración en este trabajo además de lo que he mencionado, como por ejemplo : ropa o uniformes? vivienda? otros?	14 ¿En esta [OCUPACION] trabajó usted como... Obrero SECT. PUBLICO 1 SECT. PRIVADO 2 Empleado SECT. PUBLICO 3 SECT. PRIVADO 4 Trabajador del hogar 5 (PASE A 18)	15 Su jefe, patrón, gerente o director era pariente suyo SI 1 NO 2	16 ¿Había sindicato u otro tipo de organización gremial en su centro de trabajo? SI... 1 NO...2	17 ¿Cuándo Ud. empezó en ésta ocupación firmó algún contrato de trabajo? SI... 1 NO...2	
	SI, INDEPENDIENTE 1 FAM. NO REM. 2 (PASE A 23) NO, 3	SI... 1 NO...2 (» 12)	SI... 1 NO...2 (» 13)	SI... 1 NO...2 (» 14)	SI... 1 NO...2 (» 14)				
		¿Cuánto le daban, y cada cuánto tiempo?	¿Cuál es el valor hoy día de estos bienes, servicios y subvenciones, y cada cuánto tiempo le daban?	¿Cuánto vale hoy día lo que le daban, y cada cuánto tiempo lo recibía					
	MONTO	UNIDAD TIEMPO	MONTO	UNIDAD TIEMPO	MONTO	UNIDAD TIEMPO			

01														
02														
03														

04														
05														
06														

07														
08														
09														

10														
11														
12														

13														
14														
15														

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5. PARTE E. TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES (FIN.)

C O I G O I D E N T I F I C. C.	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	¿Qué medio de transporte usaba habitualmente para ir a su centro de trabajo?	¿Cuánto se demoraba Ud. en llegar a su centro de trabajo?	¿A cuántos kilómetros de distancia se encontraba su centro de trabajo?	Para realizar este trabajo uso herramientas o materiales de su propiedad?	En este trabajo le daban	¿Estaba Ud. Asegurado en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) o tenía otro seguro médico?	¿Estaba afiliado a algún sistema de Pensiones?	Cuántas personas en total trabajaban en la empresa o negocio en el que Ud. laboraba?	¿Cree ud. que la empresa o negocio donde trabajaba contamina....	¿Cree Ud. que ese trabajo perjudicaba su salud?	Durante los últimos 12 meses tuvo Ud. algún otro trabajo, negocio, cachuelo u otra actividad para obtener ingresos aunque fuera por poco tiempo
		SOLO IDA		SI	Licencia pagada por enfermedad?		Si :				
				En cuánto podría vender estas cosas actualmente?	SI, VACACIONES		IPSS	UD. SOLO	El aire?	SI	SI
				NO 00	SI, LICENCIA POR ENFERMEDAD		A.F.P.	2 A 5	El agua?	NO	NO
				MONTO	SI, AMBAS		MILITAR/POLIC.	6 A 10	El suelo?		SI
					NO, NINGUNO		OTRO	11 A 20	NO CONTAMINA .		NO
							NO	21 A 50	NO SABE		NO
								51 A 100			(-> PARTE F)
								101 A 200			(-> PARTE G)
								201 A MAS			
		Hrs.	Min.	KM							

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5 PARTE F. TRABAJO SECUNDARIO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES.

C O D I G O I D E N T I F I C A C	1 SI NO TRABAJO ULT. 7 DIAS 1 (PASE A 2) Este trabajo, ¿es la misma ocupación principal o secunda- ria (o cachuelo) que tuvo durante los últimos 7 días? SI, MISMO TRAB. PRINCIPAL 2 (PARTE G) SI, MISMO TRAB. SECUNDARIO ... 3 (PARTE G) NO, ES UN TRAB. DIFERENTE 4	2 Describame las labores que realizó en la ocupación secundaria o cachuelo al que Ud. dedicó "MAS HORAS" después de su trabajo principal durante los últimos 12 meses. ¿Qué hizo usted en ésta ocupación?		3 ¿A qué actividad se dedica el negocio, la empresa u organismo en el que Ud. trabajó como [OCUPACION SECUNDARIA ULTIMOS 12 MESES]?		4 ¿Cuántos meses de los últimos 12 meses desempeñó Ud. esa ocupación? MESES	5 Durante los meses en que trabajó en esa ocupación, ¿cuántos días trabajaba ud. generalmente por semana? DIAS POR SEMANA	6 ¿Cuántas horas diarias trabajaba ud. gene- ralmente en esa ocupación? HORAS POR DIA	7 ¿Cuánto tiempo trabajó Ud. como ... [OCUPACION]?			8 ¿Cuánto fue su último pago o ingreso, y con que frecuencia lo recibía? En que mes recibió este último pago ANOTAR MONTO DE INGRESO "NETO" FRECUENCIA DE PAGO Y MES DEL ULTIMO PAGO. SI NO RECIBIO ANOTAR "00"		
		DESCRIPCION DE LA OCUPACION	COD.	ACTIVIDAD ECONOMICA	COD.				ANOS	MESES	SEMA- NAS	MONTO DEL ULTIMO PAGO	UNID. TPO.	MES

01														
02														
03														

04														
05														
06														

07														
08														
09														

10														
11														
12														

13														
14														
15														

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5 PARTE F. TRABAJO SECUNDARIO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES (cont.)

C O D I G O O I D E N T I F I C	9	10		11		12		13		14		15
	En ésta [OCUPACION] ¿trabajó Ud. por cuenta propia o como familiar no remunerado?	¿Le daban sueldos o salarios adicionales en éste trabajo?		¿Le daban además alguna remuneración en bienes o servicios, gratis o subvencionadas, como por ejemplo refrigerios o comestibles? transporte?		¿Le daban algo más como remuneración en este trabajo además de lo que he mencionado, como por ejemplo : ropa o uniformes? vivienda? otros?		¿En esta [OCUPACION] trabajó usted como... Obrero SECT. PUBLICO 1 SECT. PRIVADO 2 Empleado SECT. PUBLICO 3 SECT. PRIVADO 4 Trabajador del hogar 5 (PASE A 16)		Había sindicato u otro tipo de organización gremial en su centro de trabajo SI 1 NO 2		Cuando Ud. empezó en esta ocupación firmó algún contrato de trabajo? SI 1 NO 2
	INDEPENDIENTE 1 FAM. NO REMUN. 2 (PASE A 18) NO 3	SI... 1 NO...2 (*) 11)	¿Cuánto le daban, y cada cuánto tiempo?	SI... 1 NO...2 (*) 12)	¿Cuál es el valor hoy día de estos bienes, servicios y subvenciones, y cada cuánto tiempo le daban?	SI... 1 NO...2 (*) 13)	¿Cuánto vale hoy día lo que le daban, y cada cuánto tiempo lo recibía	MONTO	UNIDAD TIEMPO	MONTO	UNID. TIEMP.	

01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5 PARTE F. TRABAJO SECUNDARIO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES (FIN)

C	16	17	18	19	20	21	
O	Para realizar este trabajo usó Ud. herramientas, equipos o materiales de su propiedad?	En este trabajo le daban vacaciones pagadas?	Estaba Ud. asegurado en el IPSS o tenía otro seguro médico?	Estaba afiliado a algún sistema de pensiones?	Cuántas personas en total trabajaban en la empresa o negocio donde Ud. laboraba?	Fuera de ésta (OCUPACION), ¿ha tenido algún otro trabajo o "cachuelo" durante los últimos 7 días?	
I	SI	Licencia pagada por enfermedad?	SI :	SI:	UD SOLO	ANOTAR MONTO DE INGRESO "NETO", E INCLUIR PAGOS EN BIENES O SERVICIOS	
D	En cuánto podría vender estas cosas actualmente?		IPSS 1	IPSS 1	2 A 5		
E			PARTIC. 2	AFP 2	6 A 10		
N			MILITAR 3	MILITAR POLICIAL 3	11 A 20	SI 1	¿Cuánto le pagaron o ganó Ud. por todos estos otros trabajos o cachuelos?
T		SI, VACACIONES 1	IPSS Y PARTIC. 4	OTRO 4	21 A 50	NO 2	
I	NO 00	SI, LICENCIA POR ENFERMEDAD 2	NO 5	NO 5	51 A 100	(-> PARTE G)	
F		SI, AMBAS 3			101 A 200		
I		NO, NINGUNO 4			200 A MAS		
C	MONTO						MONTO UNIDAD TIEMPO

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5. ACTIVIDAD ECONOMICA. PARTE G. OTRAS ACTIVIDADES

C O D I G O I D E N T I F I C.	1 En los últimos 7 días dedicó ud. tiempo a actividades en beneficio de la Comunidad? SI Qué actividad realizó? NO 000 (Pase a 3)		2 ¿Cuántas horas a la semana dedicó Ud. a todas esas actividades comunales?		3 En los últimos 2 años, ha trabajado o trabaja en alguna obra financiada por FONCODES? SI ... ¿Cuántos meses trabajó? NO 0 (» 5)		4 ¿Cuál fue el último pago mensual y en que mes y año lo recibió? ANOTAR INGRESO MENSUAL			5 ¿Trabajaba Ud. en Octubre de 1991 SI Qué hacía exactamente Ud. en ese trabajo? NO 000 (Pase a 8)		6 ¿ A qué se dedicaba el negocio, la empresa u organismo en el que Ud. trabajó como [OCUPACION EN OCTUBRE DE 1991]?	
	DESCRIPCION DE LA OCUPACION	CODIGO	HORAS	MESES	MONTO	MES	AÑO	DESCRIPCION DE LA OCUPACION	CODIGO	ACTIVIDAD ECONOMICA	CODIGO		

» PERSONA SIGUIENTE

01												
02												
03												

04												
05												
06												

07												
08												
09												

10												
11												
12												

13												
14												
15												

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 5. ACTIVIDAD ECONOMICA. PARTE G. OTRAS ACTIVIDADES (FIN)

7	C En esta[OCUPACION O 1991] trabajó D Ud. como: I G OBRERO O SECT. PUBLICO 1 SECT. PRIVADO 2 I EMPLEADO D SECT. PUBLICO 3 E SECT. PRIVADO 4 N TRABAJADOR DEL HOGAR 5 T INDEPENDIENTE 6 I FAM. NO REMUNERADO 7 F I C.	8 ¿En los últimos 12 meses ha estado Ud. sin ningún trabajo o cachuelo remunerado alguna vez? SI ¿Cuántas semanas en total? NO 0 (PERSONA SIGUIENTE)	9 Ha buscado Ud. trabajo en el curso de los últimos 12 meses? SI ¿Cuántas semanas en total? NO 0 (PERSONA SIGUIENTE)	10 Esas semanas en que estuvo sin trabajo, ¿fueron todas seguidas o en distintas épocas SEGUIDAS 1 DISTINTAS EPOCAS ¿Cuántas veces estuvo desempleado? NUM. DE VECES	11 Durante los últimos 12 meses, ¿ha perdido Ud. su trabajo remunerado debido al término de una campaña agrícola? SI 1 NO 2

» PERSONA SIGUIENTE

01				
02				
03				

04				
05				
06				

07				
08				
09				

10				
11				
12				

13				
14				
15				

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 6. PARTE A: MIGRACION: MIEMBROS DE 15 ANOS Y MAS

C O D I G O E N T I F.	1	2	3	4	5	6		7	8
	El lugar en que Ud. nació era	¿Nació Ud. en [LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL]? 1 Un caserío..... 2 Un pueblo..... 3 Una ciudad..... 4 Otro..... 5	¿En que provincia nació Ud.? (SI ES EXTRANJERO ANOTAR PAIS)	¿A qué edad salió Ud. por primera vez de su lugar de nacimiento para vivir en otra parte?	¿Por qué salió Ud. de su lugar de nacimiento para vivir en otra parte? [RAZON PRINCIPAL]	En que lugar vivía Ud. antes de venirse a vivir a [lugar de residencia actual]..? (ANOTAR PAIS SI VIVIA EN EL EXTRANJERO)		¿En qué año vino la última vez a vivir a... [LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL]? Año	¿Por qué vino Ud. a vivir a [LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL] RAZON PRINCIPAL: MAS INGRESO.... 1 TRABAJO 2 ESTUDIO 3 MATRIMONIO 4 TERRORISMO 5 FAMILIAR 6 OTRO 7
		SI.....1 (Miembro Sig.)	NOMBRE	CODIGO	Años	NOMBRE	CODIGO	Año	

MAS INGRESO.... 1
 TRABAJO 2
 ESTUDIO 3
 MATRIMONIO 4
 TERRORISMO 5
 FAMILIAR 6
 OTRO 7

» PERSONA SIGUIENTE

01									
02									
03									

04									
05									
06									

07									
08									
09									

10									
11									
12									

13									
14									
15									

SECCION 6. PARTE B. MIGRACION (PREGUNTAR AL JEFE DEL HOGAR)

1.- Algún o algunos miembros de su hogar, han viajado al exterior en los últimos 5 años y actualmente no se encuentran en el país?

SI 1
 NO 2
 (Pase a siguiente sección)

C O D I G O I D E N T I F.	2 Por favor puede decirme los nombres de estas personas	3 SEXO HOMBRE 1 MUJER 2	4 ¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente ...[NOMBRE]?	5 ¿A qué país viajó [NOMBRE]?	6 ¿Cuál fue el motivo del viaje de ...[NOMBRE]?	7 ¿En qué año viajó ...[NOMBRE]	8 Actualmente ...[NOMBRE] trabaja en ... [PAIS DESTINO]..
	NOMBRE			PAIS DE DESTINO	ESTUDIOS 1 SALUD 2 TURISMO 3 TRABAJO 4 FAMILIAR 5 OTRO 6	ANOTE SOLO Año	SI 1 NO 2

01							
02							
03							

04							
05							
06							

07							
08							
09							

10							
11							
12							

SECCION 7. ACTIVIDAD INDEPENDIENTE

PARTE A. INFORMACIONES DE LA EMPRESA

1. ENCUESTADORA: EN BASE A SECCION 5A, ANOTE EL CODIGO 1 SI ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR SE DEDICO A UN NEGOCIO O EMPRESA DE COMERCIO, SERVICIO, O TRABAJO INDEPENDIENTE COMO TAXISTA, PELUQUERO, MEDICO, ABOGADO O CUALQUIER OTRO TRABAJO POR CUENTA PROPIA. EN CASO CONTRARIO, SONDEE: ¿Algún miembro del hogar se dedicó a un negocio o empresa por cuenta propia en los últimos 12 meses?

SI 1
NO 2 (» SECCION 8)

2	Durante los últimos 12 meses (desde ...) ¿cuáles son los diferentes negocios o empresas de comercio, industria, servicios o profesiones por cuenta propia que han tenido/administrado o desempeñado los miembros de su hogar?	CODIGO
---	---	--------

1		
2		
3		

SI HAY SOLO UNA ACTIVIDAD INDEPENDIENTE, --> 4
SI HAY MAS DE UNA ACTIVIDAD INDEPENDIENTE, PREGUNTA:

3. ¿Cuál es la empresa o negocio más importante para el hogar?
ANOTAR NUMERO CORRESPONDIENTE, EN BASE A LA PREGUNTA 2

NUMERO

4. ¿Quién es la persona mejor informada de los gastos, ingresos y funcionamiento de este [NEGOCIO O EMPRESA]?

CODIGO DE ESTA PERSONA

SECCION 7 PARTE A. (CONT.)

5 ¿La[EMPRESA] produce o fábrica algunos productos? SI 1 ANOTAR 3 PRODUCTOS PRINCIPALES NO 2 » 6	6 ¿La[EMPRESA] compra algunos productos para la venta? SI 1 ANOTAR 3 PRODUCTOS PRINCIPALES NO 2 » 7	7 ¿La[EMPRESA] ofrece algunos servicios? SI 1 ANOTAR 3 SERVICIOS PRINCIPALES NO 2 » 8
CODIGO OFICINA	CODIGO OFICINA	CODIGO OFICINA

8 ¿Desde cuándo funciona la[EMPRESA]?	9 Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántos trabajadores remunerados ha tenido la [EMPRESA]...?	10 Esta [EMPRESA].. funciona	11 Esta [EMPRESA].. tiene RUC (Registro Unico de Contribuyentes)?	12 Durante los últimos 12 meses, (DESDE...) ¿Cuántos meses funcionó la [EMPRESA]..?	13 ¿Funcionó la [EMPRESA].. en el último mes?	14 En el último mes, ¿cuánto dinero recibió la ... [EMPRESA]?	15 En el último mes, ¿recibió la ... [EMPRESA] otros pagos en forma de bienes o servicios?
MES	TRABAJADORES REMUNERADOS	en el hogar 1 en otro local fijo 2 se desplaza 3	SI 1 NO 2	Si 12 meses » 14 INCLUIR HASTA 1 MES DE VACACIONES MESES	SI 1 NO 2 PASE SECCION 8	MONTO BRUTO POR LA VENTA DE PRODUCTOS, BIENES O SERVICIOS	SI 1 No 2 (» 17)

16 ¿En cuánto estima el valor en dinero de esos pagos (en el último mes)?	17 En el último mes, ¿Consumieron o usaron Uds. en el hogar productos o servicios de la[EMPRESA]?	18 ¿En cuánto estima el valor en dinero de los productos o serv. de la [EMPRESA] que uds. consumieron o usaron (en el último mes)	19 En el último mes, ¿Compraron Uds. productos para la venta en la [EMPRESA]?	20 ¿Cuánto gastaron en comprar productos para la venta en la [EMPRESA].. en el último mes?	21 ¿En el último mes, tuvieron Uds. otros gastos en la [EMPRESA]?	22 ¿En cuánto estima el valor en dinero de todos los otros gastos de la [EMPRESA]?
MONTO	SI 1 NO 2 (» 19)	MONTO	SI 1 NO 2 (» 21)	MONTO	SI 1 NO 2 (» PARTE B)	(» PARTE B) MONTO

SECCION 7 PARTES B Y C: GASTOS, CAPITAL E INVENTARIO

PARTE B. GASTOS			
1 ¿Ha tenido algún gasto en la [EMPRESA] durante los últimos 12 meses en los rubros siguientes? MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS RUBROS ANTES DE IR A P. 2-4	2 ¿En que mes hizo el último gasto y cuánto pago por ... (RUBRO)....? INCLUYA EL VALOR DE LO QUE HAYA PAGADO EN BIENES.	3 En estos últimos 12 meses, ¿cuántas veces y cada cuánto tiempo gasto en ... (RUBRO)...?	UNID. DE TIEMP.
	MONTO	MES	VECES
<input checked="" type="checkbox"/>			

PARTE C. CAPITAL E INVENTARIO	
1 Su[EMPRESA]¿tiene los siguientes bienes? MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS RUBROS ANTES DE A P. 2-3	2 ¿En cuánto podría ud. vender todos esos (BIENES) hoy día?
	MONTO
<input checked="" type="checkbox"/>	

¿Salarios, otras remuneraciones?	SI --> <-- NO	01			
¿Materias primas, materiales?	SI --> <-- NO	02			
¿Compra de equipo, locales, terrenos, vehículos o maquinarias?	SI --> <-- NO	03			
Alquiler de equipos, locales, terrenos, vehículos o maquinarias?	SI --> <-- NO	04			
¿Mantenimiento y reparaciones?	SI --> <-- NO	05			
¿Transporte?	SI --> <-- NO	06			
¿Combustible?	SI --> <-- NO	07			
¿Electricidad?	SI --> <-- NO	08			
¿Agua?	SI --> <-- NO	09			
¿Arbitrios municipales?	SI --> <-- NO	10			
¿Teléfono?	SI --> <-- NO	11			
¿Aportaciones al Seguro Social, a las AFP, al FONAVI, etc?	SI --> <-- NO	12			
¿Otra clase de impuestos?	SI --> <-- NO	13			
¿Otros rubros? (Cuáles)	SI --> <-- NO	14			

¿Stock de productos o bienes que todavía no se han vendido	SI --> <-- NO	15
¿Herramientas propias?	SI --> <-- NO	16
¿Vehículos (carros, camionetas, motos, triciclos) propios?	SI --> <-- NO	17
¿Muebles?	SI --> <-- NO	18
¿Máquinas o equipo propios?	SI --> <-- NO	19
¿Locales y terrenos propios?	SI --> <-- NO	20
¿Otros bienes durables necesarios para el funcionamiento de la [EMPRESA]	SI --> <-- NO	21
¿Algún otro bien?	SI --> <-- NO	22

» 2

»PARTE C

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

7BC

SECCION 8 GASTOS E INVENTARIO DE BIENES

1. ¿De los miembros del hogar, quién está mejor informado sobre los gastos del hogar, como por ejemplo: en vestuario, transporte, impuestos, así como los ahorros, créditos, e ingresos de los miembros del hogar?

PARTE A. GASTOS DIARIOS

CODIGO :

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los gastos del hogar.

<p>2</p> <p>Durante los últimos 15 días, ¿Compraron Uds.</p> <p>MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE</p> <p>PREGUNTAR 2 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREGUNTA 3</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">X</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	<p>3</p> <p>¿Cuánto gastaron Uds. en [PRODUCTOS].... en los últimos quince días?</p> <p style="text-align: center;">INCLUIR AUTOSUMINISTRO Y VALORAR A PRECIO DE VENTA AL PUBLICO</p> <hr/> <p style="text-align: center;">MONTO</p>
--	--	---

¿Alimentos y bebidas consumidos fuera del hogar?	SI --> <-- NO	101
--	----------------------	-----

¿Cigarrillos, tabaco, etc?	SI --> <-- NO	102
----------------------------	----------------------	-----

¿Jabón, shampoo, otros productos de higiene personal?	SI --> <-- NO	103
---	----------------------	-----

Detergentes, otros productos para el lavado y aseo del hogar?	SI --> <-- NO	104
---	----------------------	-----

Transporte público urbano e inter-urbano	SI --> <-- NO	105
--	----------------------	-----

¿Periódicos y revistas?	SI --> <-- NO	106
-------------------------	----------------------	-----

¿Comunicaciones (encomiendas, correo y teléfono público)?	SI --> <-- NO	107
---	----------------------	-----

Combustibles y lubricantes para vehículos? (PARA USO DEL HOGAR SOLAMENTE)	SI --> <-- NO	108
--	----------------------	-----

SECCION 8 PARTE B: GASTOS EN BIENES SEMI-DURADEROS Y SERVICIOS

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los gastos de los últimos 3 meses.

1 Durante los últimos 3 meses (desde ...), ¿Gastaron Uds. en... MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREG. 2 y 3	X ↓	PARA TODAS LAS RESPUESTAS "SI" A P1	
		2 ¿Cuánto gastaron Uds . en total en ...[PRODUCTO]... durante los últimos 3 meses. MONTO	3 ¿En que mes hizo este gasto? [O LA MAYOR PARTE DE ESTOS GASTOS]

1 Durante los últimos 3 meses (desde ...), ¿Gastaron Uds. en... MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREG. 2 y 3	X ↓	PARA TODAS LAS RESPUESTAS "SI" A P1	
		2 ¿Cuánto gastaron Uds . en total en ...[PRODUCTO]... durante los últimos 3 meses. MONTO	3 ¿En que mes hizo este gasto? [O LA MAYOR PARTE DE ESTOS GASTOS]

Telas y prendas de vestir para adultos?	SI --> -< NO	115	
---	-----------------	-----	--

Anticonceptivos	SI --> -< NO	125	
-----------------	-----------------	-----	--

Telas y prendas de vestir para niños?	SI --> -< NO	116	
---------------------------------------	-----------------	-----	--

Servicios médicos, dentales, hospitalarios, etc.	SI --> -< NO	126	
--	-----------------	-----	--

Calzado y reparación de calzado para adultos?	SI --> -< NO	117	
---	-----------------	-----	--

Seguros de salud (cuotas, inscripciones, etc.)	SI --> -< NO	127	
--	-----------------	-----	--

Calzado y reparación de calzado para niños?	SI --> -< NO	118	
---	-----------------	-----	--

Libros y suscripciones (excluir textos escolares)	SI --> -< NO	128	
---	-----------------	-----	--

Gastos por mantenimiento y reparación de vehículos (excepto gasolina y aceite)?	SI --> -< NO	119	
---	-----------------	-----	--

Servicio doméstico	SI --> -< NO	129	
--------------------	-----------------	-----	--

Conservación de la vivienda?	SI --> -< NO	120	
------------------------------	-----------------	-----	--

Bienes y servicios de cuidado personal (Ejemplo. peluquería)	SI --> -< NO	130	
--	-----------------	-----	--

» PARTE C

Muebles y equipos del hogar (Camas, mesas, etc.)? [INCLUYENDO REPARACIONES]	SI --> -< NO	121	
---	-----------------	-----	--

Esparcimiento y diversión (Cine, discos, juguetes, espectáculos deportivos, etc).	SI --> -< NO	131	
---	-----------------	-----	--

Tejido y artículos de tela para el hogar (cortinas, sábanas, toallas, etc.)?	SI --> -< NO	122	
--	-----------------	-----	--

Matrimonios, funerales otras ceremonias?	SI --> -< NO	132	
--	-----------------	-----	--

Vajillas y artículos de cocina (platos, ollas, etc.)	SI --> -< NO	123	
--	-----------------	-----	--

Pasajes interprovinciales e internacionales	SI --> -< NO	133	
---	-----------------	-----	--

Productos medicinales y farmacéuticos (modernos y tradicionales)	SI --> -< NO	124	
--	-----------------	-----	--

Otros bienes y servicios? ¿Cuáles?	SI --> -< NO	134	
------------------------------------	-----------------	-----	--

CONTINUE

» 2-3

SECCION 8. PARTE C. INVENTARIO DE BIENES DURABLES

PARA CADA TIPO DE BIEN DE LA LISTA SIGUIENTE HACER LA PREGUNTA:
 ¿Tienen Uds. en el hogar ...[TIPO DE BIEN]?
 INCLUYA EL BIEN AUNQUE ESTE "MALOGRADO".

MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. LUEGO, HACER PREGUNTAS 2, Y 3 PARA CADA UNO DE LOS BIENES QUE TENGAN.

1 ¿Tienen Uds. en el hogar				2 ¿ Cuántos [BIEN] tienen Uds.?	3 ¿ Si Uds. fueran a vender este/estos ...[BIEN(ES)] hoy, ¿en cuánto lo(s) vendería(n)?
TIPO DE BIEN	SI	NO	COD.	NUMERO	MONTO
Radio?			201		
Refrigeradora?			202		
Máquina de coser?			203		
Automóvil?			204		
Bicicleta?			205		
Lustradora y/o Aspiradora?			206		
Teléfono?			207		
Televisor blanco y negro?			208		
Televisor a color?			209		
Lavadora?			210		
Máquina de tejer?			211		
Motocicleta?			212		
Tocadiscos, equipos?			213		
Licuadaora, batidora, o picadora?			214		
Ventilador			215		
Cocina a gas			216		
Videocassette			217		
Computadora P.C.			218		
Horno Microondas			219		
Therma			220		
Otros:			221		
			221		
			221		
			221		
			221		
			221		

1A ¿Este hogar tiene

Propiedades urbanas? (NO CONSIDERAR CASA PROPIA)			222		
Propiedades agrícolas o pecuarias?			223		
Empresas o negocios (NO CONSIDERAR SECCION 7)			224		

SEGMENTO Nº :
 VIVIENDA Nº :
 HOGAR Nº :

SECCION 8. PARTE C. (Continuación)

4.- ¿En los últimos 12 meses alguien en su hogar compró algún artefacto electrodoméstico?

SI Cuántos
 NO 0 (Pase a 8D)

C O D I G O A R T E F A C. C.	5	6	7	8	9	10
	¿Qué artefactos electrodomésticos compró?	¿De qué marca?	¿Cuánto le costó?	¿Le entregaron factura o boleta de venta? SI 1 NO 2	¿Le dieron garantía? (Incluye servicio técnico y/o cambio de artefacto) SI ¿Cuánto tiempo? NO 0	¿En dónde lo compró? TIENDA COMERCIAL 1 GALERIA COMERCIAL 2 CAMPO FERIAL 3 AMBULANTE 4 OTRO 5
	TIPO ARTEFACTO		MONTO		MESES	

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

SECCION 8 PARTE D. GASTOS POR TRANSFERENCIA

Me gustaría que me dijera acerca de los otros gastos que han realizado Uds. durante los últimos 12 meses.

<p>1</p> <p>Durante los últimos 12 meses (desde ...), ¿Han realizado Uds. alguno de los siguientes gastos?</p> <p>MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA.</p> <p>HACER LA PREGUNTA PARA TODAS LAS FUENTES ANTES DE PASAR A P. 2 y 3</p>	<p>2</p> <p>¿Cuánto pagaron Uds. por ...[RUBRO] la última vez, y en qué mes hicieron ese gasto?</p>	<p>3</p> <p>¿Cuántas veces y cada cuánto tiempo gastaron Uds. ...en [RUBRO]..... durante los últimos 12 meses?</p>		
	MONTO	MES	VECES	UNIDAD TIEMPO
<p>¿Pensión por alimentos, divorcio, hijos, etc.?</p> <p>SI --></p> <p><-- NO</p>	01			
<p>¿Donaciones a instituciones sin fines de lucro (CARITAS, OFASA, CRUZ ROJA, etc.)?</p> <p>SI --></p> <p><-- NO</p>	02			
<p>¿Impuestos directos: Autoavalúo, a la renta, remuneraciones, etc?</p> <p>SI --></p> <p><-- NO</p>	03			
<p>¿Contribuciones a la Seguridad Social (IPSS. Caja de Pensiones, AFP, etc.) pagado a su cuenta?</p> <p>SI --></p> <p><-- NO</p>	04			
<p>¿Primas de seguro de vida?</p> <p>SI --></p> <p><-- NO</p>	05			
<p>¿Primas de seguros contra accidentes y/o enfermedades?</p> <p>SI --></p> <p><-- NO</p>	06			
<p>¿Aportación (cuotas) a clubes, asociaciones, etc.?</p> <p>SI --></p> <p><-- NO</p>	07			
<p>¿Remesas en forma de dinero o bienes a algún familiar (amigo, etc.) que no es miembro del hogar</p> <p>SI --></p> <p><-- NO</p>	08			

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 9 CONSUMO ALIMENTARIO PARTE A: GASTOS EN ALIMENTOS

1. ¿Quién es la persona mejor informada de los gastos diarios en alimentos del hogar?

2. ¿Se proveen Uds. de alimentos de alguna tienda o negocio de propiedad del hogar, o de lo que crían o cultivan Uds. mismos?

CODIGO		[]
PARA CADA RESPUESTA "SI" A P3		
3 En los últimos quince días, ¿Compraron Uds.? MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 4	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> X </div> <div style="text-align: center;">↓</div>	4 ¿Cuánto gastaron en ...[ALIMENTOS]... , en los últimos 15 días? <div style="text-align: right;">MONTO</div>

Arroz?	SI --> <-- NO	301
Maíz, maicena, derivados del maíz?	SI --> <-- NO	302
Trigo, harina de trigo?	SI --> <-- NO	303
Cebada, harina de cebada, derivados de la cebada?	SI --> <-- NO	304
Quinoa, harina de quinoa, derivados de la quinoa?	SI --> <-- NO	305
Pan?	SI --> <-- NO	306
Galletas, pasteles, etc?	SI --> <-- NO	307
Fideos de todos los tipos?	SI --> <-- NO	308
Carnes rojas (res, cerdo, camero, etc.?)	SI --> <-- NO	309
Carne de aves (pollo, pavo, etc.)?	SI --> <-- NO	310
Subproductos de carne (tocino, chorizo, jamón, paté, salchicha, huesos, etc.)?	SI --> <-- NO	311
Pescados y mariscos frescos, congelados ahumados, en conservas, etc?	SI --> <-- NO	312
Leche?	SI --> <-- NO	313
Yogourt, mantequilla, queso, etc?	SI --> <-- NO	314
Huevos?	SI --> <-- NO	315

CONTINUE

SI1 (» PARTE B)		NO 2		[]
PARA CADA RESPUESTA "SI" A P3				
3 En los últimos quince días, ¿Compraron Uds.? MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 4	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> X </div> <div style="text-align: center;">↓</div>	4 ¿Cuánto gastaron en ...[ALIMENTOS]... , en los últimos 15 días? <div style="text-align: right;">MONTO</div>		

Aceites comestibles, margarina vegetal, etc?	SI --> <-- NO	316
Espicias sazonadoras (ají, canela, pimienta, salsa de tomates, vinagre, etc.)?	SI --> <-- NO	317
Tubérculos y raíces (papa, camote, yuca, etc.?)	SI --> <-- NO	318
Menstras (arveja, garbanzo, lenteja, haba, soya, etc.?)	SI --> <-- NO	319
Hortalizas y legumbres frescas (verduras)?	SI --> <-- NO	320
Frutas frescas?	SI --> <-- NO	321
Hortalizas y legumbres congeladas, en conserva, etc.?	SI --> <-- NO	322
Frutas congeladas, secas, en conserva, etc.?	SI --> <-- NO	323
Azúcar blanca y rubia?	SI --> <-- NO	324
Café, té, cacao, hierbas té?	SI --> <-- NO	325
Caramelos, chocolates, miel, chancaca, etc.?	SI --> <-- NO	326
Productos alimenticios preparados?	SI --> <-- NO	327
Bebidas alcohólicas (vino, cerveza, licores, etc?)	SI --> <-- NO	328
Bebidas gaseosas, (Inca Kola, Pepsi Cola, etc.)?	SI --> <-- NO	329
Otros alimentos?	SI --> <-- NO	330

» 4

» SECCION 10

SECCION 9 PARTE B: GASTOS AUTOCONSUMO Y AUTOSUMINISTRO ALIMENTARIO

1		2		3		1		2		3	
En los últimos 15 días compraron o se han autosuministrado (INCLUYENDO lo que han cultivado o criado) Uds. de ...?		¿Este .. [ALIMENTO] se obtuvo por... Compra1 Autosuministro..2 Autoconsumo...3 Ambos4		¿Cuánto fue el monto total de esta compra o autosuministro o autoconsumo en los últimos quince días? MONTO		En los últimos 15 días compraron o se han autosuministrado (INCLUYENDO lo que han cultivado o criado) Uds. de ...?		¿Este .. [ALIMENTO] se obtuvo por... Compra1 Autosuministro..2 Autoconsumo...3 Ambos4		¿Cuánto fue el monto total de esta compra o autosuministro o autoconsumo en los últimos quince días? MONTO	
MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 2-3		PARA CADA RESPUESTA "SI" A P1, HACER P. 2-3				MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 2-3		PARA CADA RESPUESTA "SI" A P1, HACER P. 2-3			
Arroz?	SI --> <-- NO	301				Aceites comestibles, margarina vegetal, etc?	SI --> <-- NO	316			
Maíz, maicena, derivados del maíz?	SI --> <-- NO	302				Especias sazonadoras (ají, canela, pimienta, salsa de tomates, vinagre, etc.)?	SI --> <-- NO	317			
Trigo, harina de trigo?	SI --> <-- NO	303				Tubérculos y raíces (papa, camote, yuca, etc.)?	SI --> <-- NO	318			
Cebada, harina de cebada, derivados de la cebada?	SI --> <-- NO	304				Menestras (arveja, garbanzo, lenteja, haba, soya, etc.)?	SI --> <-- NO	319			
Quinua, harina de quinua, derivados de la quinua?	SI --> <-- NO	305				Hortalizas y legumbres frescas (verduras)?	SI --> <-- NO	320			
Pan?	SI --> <-- NO	306				Frutas frescas?	SI --> <-- NO	321			
Galletas, pasteles, etc?	SI --> <-- NO	307				Hortalizas y legumbres congeladas, en conserva, etc.?	SI --> <-- NO	322			
Fideos de todos los tipos?	SI --> <-- NO	308				Frutas congeladas, secas, en conserva, etc.?	SI --> <-- NO	323			
Carnes rojas (res, cerdo, carnero, etc.?)	SI --> <-- NO	309				Azúcar blanca y rubia?	SI --> <-- NO	324			
Carne de aves (pollo, pavo, etc.)?	SI --> <-- NO	310				Café, té, cacao, hierbas té?	SI --> <-- NO	325			
Subproductos de carne (tocino, chorizo jamón, paté, salchicha, huesos, etc.)?	SI --> <-- NO	311				Caramelos, chocolates, miel, chancaca, etc.?	SI --> <-- NO	326			
Pescados y mariscos frescos, congelados ahumados, en conservas, etc?	SI --> <-- NO	312				Productos alimenticios preparados?	SI --> <-- NO	327			
Leche?	SI --> <-- NO	313				Bebidas alcohólicas (vino, cerveza, licores, etc.)?	SI --> <-- NO	328			
Yogourt, mantequilla, queso, etc?	SI --> <-- NO	314				Bebidas gaseosas, (Inca Kola, Pepsi Cola, etc.)?	SI --> <-- NO	329			
Huevos?	SI --> <-- NO	315				Otros alimentos?	SI --> <-- NO	330			

CONTINUE

» 2-3

SECCION 10

9B

SECCION 10 OTROS INGRESOS

Me gustaría que me dijera acerca de los otros ingresos que han recibido Uds. durante los últimos 12 meses.

1		2		3	
Durante los últimos 12 meses (desde ...), ¿Alguno de Uds. ha recibido ingreso en dinero o en bienes, proveniente de alguna de las siguientes fuentes?		¿Cuánto recibieron Uds. por ...[RUBRO] la última vez, y en qué mes sucedió eso?		¿Cuántas veces y cada cuánto tiempo recibieron Uds. ...[RUBRO]..... durante los últimos 12 meses.	
MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA. HACER LA PREGUNTA PARA TODAS LAS FUENTES ANTES DE PASAR A P. 2 y 3				MONTO	MES
				VECES	UNIDAD TIEMPO
¿Pensión por jubilación, cesantía, AFP, etc.?	SI --> <-- NO	01			
¿Pensión por alimentos, divorcio, hijos, etc.?	SI --> <-- NO	02			
¿Seguro Social (IPSS)?	SI --> <-- NO	03			
¿Otro seguro médico o de vida?	SI --> <-- NO	04			
¿Intereses recibidos por cuentas de ahorro y otras formas de ahorro?	SI --> <-- NO	05			
¿Dividendos por acciones, bonos, repartición de utilidades, etc?	SI --> <-- NO	06			
¿Arrendamiento de edificios, maquinarias y vehículos? CONSIDERA SOLO RENTA NETA	SI --> <-- NO	07			
¿Indemnizaciones?	SI --> <-- NO	08			
¿Instituciones sin fines de lucro (Vaso de leche, club de madres, CARITAS, etc?)	SI --> <-- NO	09			
¿Herencia, juegos de azar, otros?	SI --> <-- NO	10			
¿Remesas, en forma de dinero o bienes, de familiares (amigos, etc) que no son miembros del hogar?	SI --> <-- NO	11			
¿Remesas, del extranjero? (SOLO DINERO)	SI --> <-- NO	12			

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA 4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 11 AHORRO Y CREDITO

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre las diversas operaciones que uds. han realizado en los últimos 12 meses?

<p>1 Durante los últimos 12 meses (desde ...), ¿Han realizado Uds. alguna de las operaciones siguientes?</p> <p>MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA.</p> <p>PREGUNTAR 1 PARA TODAS LAS OPERACIONES ANTES DE PASAR A P. 2-4</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">X</div> ↓	<p>2 ¿Cuántas veces realizaron Uds. la [OPERACION] durante los últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: center;">VECES</p>	<p>3 ¿Cuál fue el monto total de todas las ... [OPERACION].. que Uds. realizaron durante los últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: center;">MONTO</p>	<p>4 ¿En qué mes realizaron Uds. la [OPERACION] por última vez?</p> <p style="text-align: center;">MES</p>
---	---	---	---	--

¿Compra de acciones, bonos, derechos de inscripción, etc.?	SI -->	01		
	<-- NO			

¿Venta de acciones, bonos, etc.?	SI -->	02		
	<-- NO			

¿Compra de vivienda particular? ANOTE EL VALOR TOTAL (CONTADO O CREDITO)	SI -->	03		
	<-- NO			

¿Compra de terrenos? ANOTE EL VALOR TOTAL (CONTADO O CREDITO) EXCLUIR COMPRA PARA EMPRESAS (SECCION 7)	SI -->	04		
	<-- NO			

¿Compra de bienes muebles? EXCLUIR COMPRA PARA EMPRESAS (SECCION 7)	SI -->	05		
	<-- NO			

Venta de bienes muebles e inmuebles? (automóviles, fábricas, terrenos agrícolas, etc)	SI -->	06		
	<-- NO			

5. ¿Disponen Uds. en el hogar (o las empresas del hogar) de préstamos o de alguna fuente de crédito?
Por ejemplo, tarjetas de créditos, cooperativas de consumo, bazares, etc.

SI1

NO2 (* 10)

- 6.Cuál es la fuente más importante de sus créditos o préstamos?
- PERSONA NATURAL 1
- BANCO 2
- COOPERATIVA, FINANCIERA 3
- EMPRESA 4
- OTROS 5

7. ¿Cuál es la tasa de interés mensual que les cobra esta [FUENTE DE CREDITO]

8. ¿Cuánto pagaron en total en los últimos 30 días por estos préstamos?

MONTO S/ \$

9. ¿Cuánto les queda por pagar en este momento?

MONTO S/ \$

10. A la fecha, les deben actualmente personas ajenas a su hogar dinero o bienes por préstamos otorgados?

SI1

NO2 (* 12)

11. ¿Cuánto dinero les deben en total?

MONTO S/ \$

SI LES DEBEN BIENES, ESTIMAR EL VALOR ACTUAL

12. En los últimos 12 meses, ¿han tenido Uds. dinero ahorrado en bancos, financieras, etc?

SI1 1

NO2 2

13. Actualmente tienen dinero ahorrado en bancos, financieras, etc?

SI 1 ¿Cuánto? S/

NO 2 \$

SECCION 12: ALIMENTACION DIARIA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

C O D I G O I D E N O	1 (SOLO PARA EL AMA DE CASA) ¿Prepara Ud. las comidas diarias en su hogar ? SI 1 NO 2 (*3)	2 Generalmente ...(NOMBRE) desayuna, almuerza, cena en su hogar diariamente? SI 1 (*4) NO 2 (*3) NO TOMA 3 (*4)	3 Generalmente ¿Donde toma ... (NOMBRE) sus comidas diariamente? ... ANOTAR LOS CODIGOS RESPECTIVOS PARA EL "LUGAR" ¿Cuánto le cuesta? ANOTAR MONTOS EN NUEVOS SOLES. SI ES GRATIS PONER "00".							4 Generalmente ... (NOMBRE) se beneficia con el Vaso de Leche No Miembro sgte. SI	CODIGO DE LUGAR DE PROVISION
			Desayuno		Almuerzo		Cena		Vaso de leche		
			¿Dónde lo toma?	¿Cuánto le cuesta?	¿Dónde lo toma?	¿Cuánto le cuesta?	¿Dónde lo toma?	¿Cuánto le cuesta?	¿Dónde lo toma?		
01										8	
02										9	
03										10	
04										11	
05										12	
06										13	
07										14	
08										15	
09										16	
10										17	
11										18	
12										19	
13										20	
14											
15											

¿Quién es la persona mejor informada de la actividad agropecuaria del hogar? : CODIGO

SECCION 13: ACTIVIDAD AGROPECUARIA (POR TRABAJO INDEPENDIENTE) NOTA: ESTA SECCION ES PARA TODOS LOS PRODUCTORES AGROPECUARIOS DE ACTIVIDAD PRINCIPAL O ACTIVIDAD SECUNDARIA

PARTE A: CARACTERISTICAS DE LA UNIDAD AGROPECUARIA
 1. ¿Qué tipo de actividad realiza en su explotación agropecuaria actualmente?
 - AGRICOLA ... 1 - PECUARIO ... 2 - FORESTAL ... 3

2. ¿Cuál es el régimen de tenencia de la explotación agropecuaria que conduce Ud.?
 - PROPIETARIO 100% 1 - ADJUDICATARIO 4
 - PROPIETARIO + 50% 2 - ARRENDATARIO 5
 - A MODO DE PROPIETARIO 3 - OTRAS FORMAS MIXTAS 6

3. ¿Cuál es la superficie total de la explotación agropecuaria?
 CODIGO

4. ¿Cuál es la superficie con:
 1.- Cultivos
 2.- Barbecho
 3.- Pastos Naturales
 4.- Montes y bosques

5. Tenía Ud. una explotación agropecuaria en Oct. de 1991
 Si ¿Cuál era la superf.
 NO 0

PARTE B: PRODUCCION AGRICOLA

Nº	Durante los últimos 12 meses cosecharon cultivos?				DE LA PRODUCCION TOTAL OBTENIDA														¿Qué pasó con el resto de producción? - Pago en especie - Alimentos para animales; - Perdida o malograda - Almacenada, otros	
	SI 1 <input type="text"/>		NO 2 (»D) <input type="text"/>		¿Cuánto se destinó a la venta?		¿Cuánto se destinó para semilla?		¿Cuánto se destino para el consumo del hogar?		¿Cuánto se destino para intercambio o trueque?		¿Cuánto se destino para elaboración de subproductos?		(10)					
	¿Qué cultivos cosechó?	¿Cuántas veces cosechó? [.....]	¿Cuál fue la Superficie cosechada?	¿Cuál fue la producción total de [.....]?	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	¿QUE CAN-TIDAD?	VALOR TOTAL S/.		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)											
CULTIVOS	NRO. DE VECES	TOTAL	U. M.	CAN-TIDAD	UNID. DE MEDID.	EQUIVA-LENCIA EN KG.	PROD. TOTAL EN KG.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	CAN-TIDAD	VALOR TOTAL S/.	¿QUE CAN-TIDAD?	VALOR TOTAL S/.	
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				

PARTE C: SUB-PRODUCTOS AGRICOLAS

NU-ME-RO DE OR-DEN	¿Durante los últimos 12 meses elaboró sub-productos para la venta?		SI 1 <input type="checkbox"/>				NO 2 (PASE A LA PARTE D)		¿Qué pasó con el resto de la producción?	
	De su producción agrícola que Sub-Productos elaboró para la venta? (Ejm. tapioca, morón, etc.)		¿Cuál fue la producción total de [SUBPRODUCTO]?		¿Cuánto se destinó a la venta?		¿Cuánto se destinó para el consumo del Hogar?		- Pago en especie, - Trueque o intercambio. - Regalo, etc. - Se perdió, etc.	
(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		
SUB-PRODUCTOS AGRICOLAS		CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	EQUIVAL. EN KG.	CANTIDAD	VALOR TOTAL S/.	CANTIDAD	VALOR TOTAL S/.	¿Qué cantidad	V. TOTAL S/.
CODIGO										
01										
02										
03										
04										
05										
06										

PARTE D: PRODUCCION FORESTAL

NU-ME-RO DE OR-DEN	Durante los últimos 12 meses ¿Cortó o taló arboles?		SI 1 <input type="checkbox"/>		NO ... 2 --> PASE A PARTE E.	
	¿Qué tipo de plantas o arboles cortó o taló?		¿Cuánto fue el valor total de la producción obtenida?	¿Cuánto fue el valor total de las ventas?	¿Cuánto fue el valor total del autoconsumo?	
(1)		(2)	(3)	(4)		
PLANTAS		VALOR TOTAL S/.	VALOR TOTAL S/.	VALOR TOTAL S/.		
01						
02						
03						
04						
05						
06						

PARTE E: EQUIPAMIENTO AGROPECUARIO

1. Durante los últimos 12 meses (desde hasta) ¿han tenido o tienen [BIEN] propio?	2. ¿Actualmente tienen [BIEN] SI 1 NO 2 (Parte F)	3. ¿Cuantos [BIEN] tienen en total?	4. ¿En cuánto podrían vender ese [BIEN] hoy día?
- MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. - PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS BIENES.			
Arado para animal	SI -> / <- NO	01	
Tractor	SI -> / <- NO	02	
Ordeñadora	SI -> / <- NO	03	
Cosechadora, Sembradora	SI -> / <- NO	04	
Motor de electricidad	SI -> / <- NO	05	
Camión, Camioneta	SI -> / <- NO	06	
Lampas, Palas	SI -> / <- NO	07	
Machetes, Valichas	SI -> / <- NO	08	
Rastrillos	SI -> / <- NO	09	
Hoces segadoras	SI -> / <- NO	10	
Chaquitacllas, Chuzos	SI -> / <- NO	11	
Mochilas, depósitos	SI -> / <- NO	12	
Carretillas	SI -> / <- NO	13	
Otro	SI -> / <- NO	14	

SECCION 13: PARTE F. INSUMOS AGRICOLAS

1. Durante los últimos 12 meses (Desde hasta). ¿Compraron Uds. Semillas y Plantones?

SI 1
 NO 2 (» 3)

2. Para qué cultivos?

CULTIVOS	CODIGO

3. Durante los últimos 12 meses (Desde hasta)
 ¿Compraron Uds. fertilizantes?

SI 1
 NO 2 (» 6)

4. Qué tipo de fertilizantes compraron?

ORGANICOS O NATURALES 1
 QUIMICOS 2
 AMBOS 3

5. Para qué cultivos?

CULTIVOS	CODIGO

6. Durante los últimos 12 meses (desde hasta) ¿Compraron Uds. pesticidas?

SI 1
 NO 2 (» 9)

7. ¿Qué pesticidas compraron?

8. Para qué cultivos?

CULTIVOS	CODIGO

9. ¿Utiliza métodos naturales para controlar plagas?

SI 1
 NO 2 (» PASE A SECCION G)

10. ¿Cuáles? (SI MAS DE UNO ANOTE LOS PRINCIPALES?)

ROTACION DE CULTIVOS 1
 PLANTAS INSECTORAS 2
 PLANTAS REPELENTES 3
 CONTROL BIOLOGICO 4
 ESPECIES RESISTENTES 5
 TRAMPAS 6
 OTROS 7
especificar

PARTE G. GASTOS EN ACTIVIDADES AGRICOLAS Y/O FORESTALES

1. En la Actividad de :	
Durante los últimos 12 meses:	
¿Cuánto gastó en : [.....] ?	(SI NO GASTO ANOTE 00) SOLES
1 Semillas y Plantones	
2 Abonos y fertilizantes	
3 Pesticidas; Insecticidas, Fungicidas, etc.	
4 Compra de sacos, canastas, cajones u otros envases para sus productos.	
5 Transportes (Gasol., Lubric., Pago de Flete, etc)	
6 Almacenamiento de productos	
7 Pago de jornaleros o peones	
8 Arrendamiento de tierras	
9 Elaboración de subproductos	
10 Otros gastos como: Alquiler de maquinarias tractores, mant. y reparac., maq. riego, etc.	
TOTAL DE GASTOS AGRIC. Y/O FORESTALES	

Pase a H

PARTE H: PRODUCCION PECUARIA

NU-ME-RO DE OR-DEN	Hace 12 meses, en 1993 Crió algún tipo de animales? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 --> Concluya la Sección	Cuántos [.....] tenían en en [MES] 1993?	Durante los últimos 12 meses										
	¿Cuántos [.....] vendió en total y cuánto fue el valor de la venta? INCLUIR PAGO EN ESPECIE, REGALO, VALORIZADO A PRECIO PRODUCTOR		¿Cuántos [.....] se utilizó para el consumo del hogar?	¿Cuántos [.....] se utilizó para el intercambio o trueque?	¿Cuántos [.....] se utilizó para la elaboración de subproductos?	¿Cuántos [.....] nacieron y/o compraron?	¿Cuántos [.....] murieron y/o perdieron?	¿Cuántos [.....] tienen actualmente?					
	(1)	(2)	(3)			(4)		(5)		(6)	(7)	(8)	(9)
	¿Qué tipo de animales há criado ud.? CODIGO	CANTI-DAD	CANTI-DAD	VALOR TOTAL S/.	CANTI-DAD	VALOR TOTAL S/.	CANTI-DAD	VALOR TOTAL S/.	CANTI-DAD	VALOR TOTAL S/.	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTI-DAD
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													

PARTE I: PRODUCTOS Y SUBPRODUCTOS PECUARIOS

NU-ME-RO DE OR-DEN	Durante los últimos 12 meses han obtenido productos y/o subproductos pecuarios como : Queso, Manteguilla, Cecina, etc. SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 PASE A PARTE J	De la producción Total						Qué pasó con el resto de la producción?		
		¿Cuál fue la producción total de los [.....]?	¿Cuánto se destinó a la venta?		¿Cuánto se destinó para el consumo del hogar?		- Pago en especie	- Trueque o intercamb.	- Regalo, etc.	
	(1)	(2)	(3)		(4)		(5)			
	¿Cuáles?	CANTI-DAD	UNID. DE MED.	VALOR TOTAL S/.	CANTI-DAD	VALOR TOTAL S/.	CANTI-DAD	VALOR TOTAL S/.	CANTI-DAD	VALOR TOTAL S/.
01										
02										
03										
04										
05										
06										

PARTE J: GASTOS EN ACTIVIDADES PECUARIAS

Durante los últimos 12 meses ¿Cuánto gastó en? (SI NO GASTO ANOTE 00)	
1. Alimentos para animales	S/.
2. Compra de animales	S/.
3. Servicios veterinarios	S/.
4. Productos veterinarios (medicamentos)	S/.
5. Pago de Jornaleros y Peones	S/.
6. Elaboración de Sub-Productos (mantequilla, queso, charqui, etc.)	S/.
7. Otros _____ (especificar)	S/.
TOTAL DE GASTOS PECUARIOS S/.	

SECCION 14 SALUD INFANTIL Y ANTROPOMETRIA (MENORES DE 5 ANOS)

C O D I G O I D E N T I F I C A C	1 El nacimiento de ...[NOMBRE].... ¿Fue registrado?	2 ¿Qué edad tiene[NOMBRE].... en años y meses? SI ES MENOR DE UN MES ANOTE 00 (CONSISTENCIAR CON SECCION 1)	3 ¿....[NOMBRE].... fue pesado(a) al nacer? SI 1 NO 2 (PASE A 5)	4 ¿Cuál fue el peso de[NOMBRE].... al nacer? ANOTE EN KG. Y GRAMOS	5 ¿Dió de lactar (dió pecho) alguna vez a ..[NOMBRE]...? SI Durante cuántos meses? NO 0 (PASE A 7)	6 ¿Cuántos días después de nacido comenzó a lactar (Mamar pecho) ..[NOMBRE]..? (SI ANTES DE 24 HORAS ANOTAR 00)	7 ¿Le dió en algún momento otro tipo de leche a ..[NOMBRE]..? SI A partir de qué mes? NO 99 SI RECIEN NACIDO = 00	8 ¿Cuántos meses tenía ...[NOMBRE].... cuando empezó a darle regu- larmente otros líquidos? (AGUA - MATES)
		AÑOS	MESES	KG.	GRAMOS	MESES	DIAS	

01									
02									
03									

04									
05									
06									

07									
08									
09									

10									
11									
12									

13									
14									
15									

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 14 SALUD INFANTIL Y ANTROPOMETRIA (cont.)							PARA TODAS LA MADRES DEL HOGAR	
C O D I G O I D E N T I F I C A C I O	9 ¿Cuántos meses tenía ...[NOMBRE]... cuando empezó a darle regu- larmente algún alimento sólido o papilla?	10 ¿Ha tenido ..[NOMBRE].. diarrea durante los últimos 15 días? SI DIARREAS 1 NO SONDEAR Ha realizado deposiciones sueltas con mayor frecuencia? SI DEPOSIC.LIQUI. 2 NO 3	11 La última vez que ..[NOMBRE].. tuvo diarrea, ¿le dió más, igual o menos cantidad de líquidos que de costumbre, incluyendo la lactancia materna? MAS LIQUIDOS 1 MENOS LIQUIDOS 2 IGUAL LIQUIDOS 3 NO RECUERDA 4 NUNCA TUVO DIARREAS 5 (PASE A 15)	12 La última vez que ..[NOMBRE].. tuvo diarrea, ¿le continuó dando alimentos, incluyendo leche materna y/o alimentación corriente? SI 1 NO 2 (PASE A 15)	13 La última vez que ..[NOMBRE].. tuvo diarrea, ¿buscó atención fuera del hogar? SI 1 NO 2 (PASE A 15)	14 En este lugar se le dió o prescribió sales de rehidratación oral (SRO)? SI SE LE DIO 1 SI PRESCRIBIO 2 NO 3	15 ¿Existe en su vecindario/ comunidad la posibilidad de conseguir SRO las 24 horas del día y durante todo el año? (UROCs, HOSPITAL, CENTRO DE SALUD, PUNTOS DE DISTRIBUCION DE SRO). SI UROCs 1 HOSPITAL 2 CENTRO DE SALUD 3 PTO. DE DISTIB. 4 NO 5	16 ¿Sabe ud. cómo se puede reconocer que el niño tiene neumonía, bronco- neumonía o pulmonía? CORRECTO 1 (Respiración rápida, agitada, dificultosa) INCORRECTO 2 (Fiebre, Tos, no sabe, otro)
	MESES							
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

SECCION 14 SALUD INFANTIL Y ANTROPOMETRIA (fin)									
PARA TODAS LA MADRES DEL HOGAR		18	19	20		21 SE LE PESO?		22	23
C O D I G O I D E N T I F I C A C I	17 ¿Sabe Ud. donde debe ser atendido el niño con neumonía, bronco-neumonía o pulmonía?	TALLA	LA MEDICION DE LA TALLA DE [NOMBRE].... SE REALIZO	PESO	ANOTE EN KG. Y GRAMOS		I - SIN ROPA 0 I - CON ROPA : POLO 1 BLUSA 2 PANTALON CORTO 3 PANTALON LARGO 4 BUZO 5 CHOMPA 6 VESTIDO DE TELA 7 VESTIDO DE FELPA 8 TRUZA O PAÑAL 9	SI NO SE PESO ANOTE EL MOTIVO	PERIMETRO BRAQUIAL (DEL BRAZO IZQUIERDO)
	CORRECTO 1 (Hospital, Centro Salud, Médico Particular)	ANOTE EN cm.	ECHADO 1 PARADO 2 NO SE TALLO 4					AUSENTE 1 ENFERMO 2 IMPEDIDO 3 PADRES NO ACEPTARON 4 OTRO 5 <i>especifique</i>	
	INCORRECTO 2 (Farmacia, curandero, familiar, en casa, no sabe, otro)	cm.		KG.	GRAMOS	CODIGO DE ROPA	(GRS)		cm.

01									
02									
03									

04									
05									
06									

07									
08									
09									

10									
11									
12									

13									
14									
15									

UNIDAD DE TIEMPO: HORA 1 DIA 2 SEMANA 3 QUINCENA.....4 MES 5 TRIMESTRE 6 SEMESTRE 7 AÑO 8

PESO DE ROPA GENERALMENTE USADA POR NIÑOS,
DE ACUERDO A LA EDAD

TIPO DE ROPA

EDAD

--	--	--

Polo de Algodón, manga corta	40 -	50 -	60 gm.
Polo de Algodón, manga larga	40/50 -	60 -	70 gm.
Blusa o Camisa de Tela, manga corta	40 -	50 -	60 gm.
Blusa o Camisa de Tela, manga larga		50 -	60 gm.
Pantalón corto de tela		50 -	60 gm.
Pantalón largo de tela	60 -	70 -	80 gm.
Pantalón Corto de Felpa		30 -	40 gm.
Pantalón Largo de Lana	70 -	80 -	110 gm.
Buzo (pantalón)		70 -	90 gm.
Buzo (casaca)		60 -	70 gm.
Chompa (Cerrada o abierta) manga corta	50 -	60 -	70 gm.
Chompa (Cerrada o abierta) manga larga	40 -	50 -	100 gm.
Vestido de Tela, manga corta o larga	120 -	140 -	150 gm.
Vestido de Felpa o algodón		140 -	190 gm.
Truza de Algodón		30	
Pañal de Gasa		20	
Pañal de Tela (Bombasi)		40	

NOTA: De acuerdo a la Región donde se trabaje, se pesará aquella ropa que no se encuentre en esta lista.

CODIGO DE UNIDADES DE SUPERFICIE

Medida	Cod.	EQUIVALENCIA		Lugar	Medida	Cod.	EQUIVALENCIA		Lugar
		M2	Hectárea				M2	Hectárea	
ALMUD	001	2,415.00	0.24	ANCASH-ICA (CHINCHA)	SACO PIPAPA	032	1,200.00	0.12	LIMA (CANTA)
ANDEN	002	300.00	0.03	LIMA	SACO SEMILLA	033	1,200.00	0.12	JUNIN (TARMA)
AREA	003	100.00	0.01	ANCASH	SOLAR	034	5,000.00	0.50	CAJAMARCA
AREA CUADRADA	004	0.70	0.00007	LIMA	TABLA	035	7,500.00	0.75	ANCASH
ARMU	005	500.00	0.05	CUSCO	TAREA	036	1,250.00	0.13	APURIMAC-CUSCO
ARROBA	006	2,500.00	0.25	ANCASH-CAJAMARCA-PASCO	TAREA	037	1,000.00	0.10	TUMBES
BRAZA	007	3.00	0.00003	LAMBAYEQUE	TAREA ARADURA	038	1,350.00	0.14	LAMBAYEQUE
BRAZA CUADRADA	008	1.00	0.00001	PUNO	TAREA TRASPLANTE	039	720.00	0.07	LAMBAYEQUE
CARGA	009	500.00	0.05	CUSCO	TAREA SIEGA	040	1,350.00	0.14	LAMBAYEQUE
CELEMIN O CELMIN	010	500.00	0.05	ANCASH	TAREA CARGUIO	041	1,350.00	0.14	LAMBAYEQUE
CHECTA	011	7,000.00	0.70	CUSCO	TIRAPIE	042	500.00	0.05	APURIMAC-CUSCO
CILLCO	012	1,000.00	0.10	CUSCO	TONGO	043	764.00	0.08	JUNIN (TARMA)
COLLO	013	1,250.00	0.13	AYACUCHO	TONGO	044	500.00	0.05	JUNIN
COLLO	014	1,200.00	0.12	ANCASH-ICA	TOPO	045	3,500.00	0.35	AREQUIPA-MOQUEGUA-TACNA
CUADRA	015	7,000.00	0.70	CAJAMARCA -PIURA-TUMBES	TOPO	046	3,333.00	0.33	APURIMAC-CUSCO-PUNO
CUADRA	016	10,000.00	1.00	HUANUCO	TOPO	047	1,250.00	0.13	AYACUCHO-JUNIN
CUADRA CUADRADA	017	6,988.00	0.70	PIURA	URLIADO	048	1,000.00	0.10	HUANUCO
CUARTILLA	018	500.00	0.05	CUSCO	VARA CUADRADA	049	0.70	0.00007	TODO EL PAIS
CUARTILLA	019	875.00	0.09	MOQUEGUA	YUGADA	050	2,500.00	0.25	AMAZONAS.ANCASH-APURIMAC-
FANEGADA	020	30,000.00	3.00	TODO EL PAIS					AYACUCHO-CUSCO-HUANCAVELICA-
HECTAREA	021	10,000.00	1.00	TODO EL PAIS					HUANUCO-PUNO
HUIRI O HUARI	022	300.00	0.03	PUNO	YUGADA	051	3,333.00	0.33	CUSCO-HUANUCO-JUNIN
HUYOY	023	500.00	0.05	CUSCO	YUGADA	052	3,000.00	0.30	PASCO
KCANCHI	024	300.00	0.03	CUSCO	YUGADA	053	2,000.00	0.20	LIMA
LEGUA	025	500.00	0.05	CUSCO	YUGADA CHAQUITACLLA	054	500.00	0.05	LIMA (CANTA)
MAÑAY	026	500.00	0.05	CUSCO	YUNTA	055	2,500.00	0.25	ANCASH-PUNO
MASA	027	500.00	0.05	PUNO	YUNTA	056	1,200.00	0.12	CUSCO-HUANCAVELICA
METRO CUADRADO	028	1.00	0.0001	TODO EL PAIS	YUNTADA	057	2,283.00	0.23	SIERRA CENTRAL-ANCASH-JUNIN
PARADA	029	1,000.00	0.10	HUANUCO	YUNTADA	058	2,500.00	0.25	CUSCO-PUNO
PARES	030	1,000.00	0.10	HUANUCO-PASCO	SACO	059	600.00	0.06	JUNIN
SACO	031	500.00	0.05	PASCO	TACÑA	060	500.00	0.05	CUSCO

Instituto

Cuánto

**ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES
SOBRE MEDICION DE NIVELES DE VIDA
1994**

BANCO MUNDIAL

**CARACTERISTICAS Y EQUIPAMIENTO
DE CENTROS POBLADOS**

1. UBICACION GEOGRAFICA

CODIGO

DEPARTAMENTO					
PROVINCIA					
DISTRITO					
Centro	Nombre				
Poblado	Categoría				
Segmento N°					

2. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

3. FECHA DE ENTREVISTA

6. NOMBRE DEL DIGITADOR

4. SITUACION DE LA CEDULA

1. Diligenciada Integramente	
2. Diligenciada Parcialmente	

7. FECHA DE DIGITACION

Si en 4 marcó 2

5. RAZONES :

PERSONAS ENTREVISTADAS
(Ubicar al menos una mujer notable)

	NOMBRE	CARGO
1		
2		
3		
4		
5		

SECCION 1 INFORMACION DEMOGRAFICA

- 1 Desde 1991, ¿El número de viviendas que existen en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]
- Se ha incrementado ? 1
- Ha disminuído? 2
- Permanece igual? 3
- 2 Cuántas viviendas ocupadas existen en [NOMBRE DE CENTRO POBLADO] (NUMERO APROXIMADO)
- 3 Aproximadamente cuál es la población de [NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?
- HOMBRES MUJERES

- 4 ¿En los últimos dos años se realizó alguna mejora en la infraestructura?
- SI 1 NO 2 (» 5)

- 4.1 ¿Cuál?
- | | | |
|---|---|----------------------|
| Instalación o ampliación de Agua Potable | 1 | <input type="text"/> |
| Instalación o ampliación de Energía Eléctrica | 2 | <input type="text"/> |
| Instalación o ampliación de Alcantarillado | 3 | <input type="text"/> |
| Construcción o mejoramiento de escuelas | 4 | <input type="text"/> |
| Instalación de Servicio Telefónico | 5 | <input type="text"/> |
| Pavimentación de pistas y/o veredas | 6 | <input type="text"/> |
| Construcción o mejoramiento de postas médicas | 7 | <input type="text"/> |
| Obras de riego o reforestación | 8 | <input type="text"/> |
| Otros | 9 | <input type="text"/> |

SECCION 2 ECONOMIA E INFRAESTRUCTURA

- 1 ¿A que se dedican principalmente los habitantes de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]? ESPECIFIQUE DETALLADAMENTE EN ORDEN DE IMPORTANCIA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN
- Orden de Importancia
- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1 AGRICULTURA | <input type="text"/> |
| 2 MINERIA | <input type="text"/> |
| 3 COMERCIO | <input type="text"/> |
| 4 ARTESANIA (MANUFACTURA) | <input type="text"/> |
| 5 OTROS | <input type="text"/> |
- especifique

- 4.2 Participó FONCODES
- SI 1 (» 4.4) NO 2
- 4.3 ¿Qué institución participó?
- 4.4 Realizó FONCODES algún otro tipo de obras?
- SI 1 NO 2

- 5 Indique las vías de acceso que existe a[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] MARQUE SOLO LA RESPUESTA Y EL DIGITO MENOR SEGUN CORRESPONDA
- | | | |
|-----------------------------|---|----------------------|
| CARRETERA PAVIMENTADA | 1 | <input type="text"/> |
| CARRETERA AFIRMADA | 2 | <input type="text"/> |
| TROCHA CARROZABLE | 3 | <input type="text"/> |
| CAMINO DE HERRADURA | 4 | <input type="text"/> |
| RIO | 5 | <input type="text"/> |

- 2 Desde 1991, teniendo en cuenta el costo de vida, oportunidad de trabajo, servicios públicos, clima, desastres naturales, etc., ¿Ud. diría que las condiciones de vida de los habitantes de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]
- Han mejorado ? 1
- Han empeorado? 2
- Siguen igual? 3 (» 4)

- 6 La (el) [VIA DE ACCESO] que llega a[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] ¿es transitable durante todo el año?
- SI 1 (» 8) NO 2

- 3 ¿Por qué? ESCRIBIR TODAS LAS RAZONES QUE INDICAN MODIFICACIONES EN LAS CONDICIONES DE VIDA?
- Orden de Importancia
- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1 INFLACION/COSTO DE VIDA | <input type="text"/> |
| 2 EMPLEO | <input type="text"/> |
| 3 SERVICIOS PUBLICOS | <input type="text"/> |
| 4 CLIMA | <input type="text"/> |
| 5 DESASTRES NATURALES..... | <input type="text"/> |
| 6 SEGURIDAD..... | <input type="text"/> |
| 7 GOBIERNO | <input type="text"/> |
| 8 CONDICIONES AMBIENTALES | <input type="text"/> |
| 9 OTRO | <input type="text"/> |
- especifique

- 7 ¿Durante cuántos meses del año es transitable?
- NUMERO DE MESES :
- 8 ¿Existe en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] algún restaurante, local o vivienda donde normalmente venden comidas preparadas?
- SI 1 NO 2
- 9 ¿Existe oficina de correos en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?
- SI 1 (»11) NO 2

10 ¿A qué distancia se encuentra la oficina de correos más cercana?
KILOMETROS :

11 ¿Existe un local o zona fija que se utilice diariamente como mercado en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?
SI 1 (»15) NO 2

12 ¿Existe un local en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]? destinado a ferias donde se comercializa periódicamente?
SI 1 NO 2 (»14)

13 ¿Cuántos días al mes funciona la feria? NUMERO DE DIAS POR MES
 (» 15)

14 ¿A qué distancia se encuentra el mercado o feria más cercano a[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?
KILOMETROS :

15 ¿Hay algún medio de transporte motorizado colectivo que llegue a[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]? CONSIDERE TAMBIEN A LAS EMBARCACIONES.
SI 1 (» 17) NO 2

16 ¿Cuántos kms. hay que caminar para tomar un transporte motorizado colectivo?
KILOMETROS : (» 18)

17 ¿Cuántas veces a la semana llega ese medio de transporte a[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?
NUMERO DE VECES :

18 ¿Existe alguna Agencia Bancaria en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?
SI 1 (» 20) NO 2

19 ¿A qué distancia se encuentra la Agencia Bancaria más cercana?
KILOMETROS

20 ¿Existe algún teléfono público en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?
SI 1 (» 22) NO 2

21 ¿A qué distancia se encuentra el Teléfono Público más cercano?
KILOMETROS

22 ¿Hay gente que abandona[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]... temporalmente durante ciertas épocas del año para trabajar en otro sitio?
SI 1 NO 2 (» 26)

23 ¿A donde van generalmente? HASTA DOS RESPUESTAS.
LIMA 1
CAPITAL DE PROVINCIA 2
CAPITAL DE DISTRITO 3
OTRA AREA RURAL (<2000 HABITANTES) 4

24 ¿Principalmente, que tipo de trabajo realizan durante esas épocas del año? HASTA DOS RESPUESTAS.
AGRICULTURA 1
MINERIA 2
INDUSTRIA 3
COMERCIO 4
SERVICIO 5
OTRO 6
¿Cuál? _____

25 Aproximadamente, ¿durante cuántos meses al año se trasladan de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] para trabajar en otro sitio?
NUMERO DE MESES :

26 ¿Hay gente que viene a[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] durante ciertas épocas del año para trabajar temporalmente?
SI 1 NO 2 (» 30)

27 ¿Generalmente, de donde vienen? HASTA DOS RESPUESTAS.
LIMA 1
CAPITAL DE PROVINCIA 2
OTROS DPTOS./OTRAS PROV. 3
CAPITAL DE DISTRITO 4
OTRA AREA RURAL (<2000 HABITANTES) 5

28 ¿Principalmente, ¿que tipo de trabajo vienen a realizar en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] HASTA DOS RESPUESTAS.
AGRICULTURA 1
MINERIA 2
INDUSTRIA 3
COMERCIO 4
SERVICIO 5
OTRO 6
¿Cuál? _____

29 Aproximadamente, ¿durante cuántos meses al año se quedan[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] ?
NUMERO DE MESES :

30 En 1991, ¿era más fácil o más difícil que ahora encontrar trabajo en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] ?
MAS FACIL EN 1991 1
MAS FACIL AHORA 2
IGUAL 3

31 ¿Cuáles son los principales problemas ambientales en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]... (ejem. agua contaminada, deterioro del suelo, escasez de leña, etc.)

Orden de importancia

1 _____
2 _____
3 _____

SECCION 3 EDUCACION

1 ¿Hay alguna escuela primaria pública o privada en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?

SI 1 (» 4) NO 2

2 ¿A cuántos kms. se encuentra la escuela primaria más cercana?

KILOMETROS

3 ¿Cuánto tiempo se requiere para llegar a esa escuela?

HORAS : MINUTOS :

PARA TODAS LAS ESCUELAS PRIMARIAS DEL CENTRO POBLADO [O PARA LA(S) ESCUELAS(S) MAS PROXIMA(S)], PREGUNTAR:

4 ¿Es pública o privada?

PUBLICA	1	Nº 1	Nº 2	Nº 3
PRIVADA	2			

5 ¿La escuela tiene primaria completa?

SI	1	Nº 1	Nº 2	Nº 3
NO	2			

6 ¿En qué año se creó la escuela?

7 ¿Más o menos que parte de los niños varones en edad escolar de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] están matriculados?

CASI TODOS LOS NIÑOS VARONES	1	<input type="text"/>
MAS DE LA MITAD, PERO NO TODOS	2	
LA MITAD DE LOS NIÑOS VARONES.....	3	
MENOS DE LA MITAD	4	
SOLO ALGUNOS NIÑOS VARONES	5	
NINGUNO	6	

8 ¿Más o menos que parte de los niñas en edad escolar de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] están matriculadas?

CASI TODOS LOS NIÑAS	1	<input type="text"/>
MAS DE LA MITAD, PERO NO TODAS	2	
LA MITAD DE LOS NIÑAS	3	
MENOS DE LA MITAD	4	
SOLO ALGUNAS NIÑAS	5	
NINGUNA	6	

9 ¿A qué se debe que algunos niños y niñas no asistan a la escuela primaria?

MUY CARO	1	<input type="text"/>
MUY LEJOS	2	
TRABAJAN	3	
FALTA DE MAESTRO	4	
OTRO	5	

10 ¿Hay colegio secundario público o privado en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?

SI 1 (» 13) NO 2

11 ¿A cuántos kms. se encuentra el colegio secundario más cercano?

KILOMETROS :

12 ¿Cuánto tiempo se requiere para llegar a ese colegio?

HORAS : MINUTOS :

13 ¿Es público o privado?

Público 1 Privado 2

14 ¿El colegio tiene secundaria completa o incompleta?

Completa 1 Incompleta 2

15 ¿En qué año se creó el colegio?

AÑO

16 ¿Más o menos que parte de los niños varones de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] en edad de asistir al colegio secundario están matriculados?

CASI TODOS	1	<input type="text"/>
MAS DE LA MITAD, PERO NO TODOS	2	
LA MITAD	3	
MENOS DE LA MITAD	4	
SOLO ALGUNOS	5	
NINGUNO	6	

17 ¿Más o menos que parte de los niñas de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] en edad de asistir al colegio secundario están matriculadas?

CASI TODAS	1	<input type="text"/>
MAS DE LA MITAD, PERO NO TODAS	2	
LA MITAD	3	
MENOS DE LA MITAD	4	
SOLO ALGUNAS	5	
NINGUNA	6	

18 ¿Hay algun programa de alfabetización para adultos en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] ?

SI 1 NO 2 (» SECCION 4)

19 ¿En qué año se inició ese programa?

AÑO

20 ¿Cuántas personas asisten actualmente a esos curso de alfabetización?

HOMBRES	<input type="text"/>
MUJERES	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>

SECCION 4 SALUD

1	¿Hay en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] un (una) SI 1 (» LINEA SIGUIENTE) NO 2 (» 2)	2	¿A cuántos kms. se encuentra el (la) ... [] más cercano(a)	3	
				¿Cuánto tiempo se requiere para llegar allí?	
		KM		HORAS	MINUTOS
1	Médico?				
2	Enfermera(o)?				
3	Obstetrix?				
4	Matrona/partera?				
5	Promotor?				
6	Curandero?				
7	Farmacia/botica?				
8	Hospital?				
9	Centro de salud?				
10	Puesto sanitario?				
11	Puesto comunal?				
12	Servicio de planif. familiar?				
13	URO - Comunal				

4 ¿En donde dan a luz la mayoría de las mujeres de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] ?

- En sus casas 1
- En el puesto sanitario 2
- En el hospital 3
- En casa de partera 4
- En otro lugar
- Cuál? 5

5 ¿Hay alguien que controla el crecimiento (peso y talla) de los niños en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] ?

- SI 1 NO 2

6 ¿Existe en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] programas de?

	SI	NO	
1	PANFAR		
2	COMEDOR POPULAR		
3	VASO DE LECHE		
4	DESAYUNO ESCOLAR		
5	OTROS PROG. DE APOYO ALIMENTARIO		

7 ¿Han tenido en ...[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] alguna Campaña de Inmunización (VACUNAS) entre Mayo 1993 y Abril 1994?

- SI 1 NO 2

8 ¿Cuáles son los principales problemas de salud en ...[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] ?

Orden de Importancia

- a) _____
- b) _____
- c) _____

9 ¿Cuáles son los principales problemas con los servicios de salud ...[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]

Orden de Importancia

- a) _____
- b) _____
- c) _____

SECCION 5 AGRICULTURA

<p>1 ¿A qué cultivos principales se dedican los habitantes de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]</p> <p>HACER LA LISTA COMPLETA ANTES DE PASAR A 2</p>	<p>2 ¿Generalmente donde venden la cosecha de[CULTIVOS]? ANOTE LA FORMA PRINCIPAL</p> <p>En el mercado o feria del [CENTRO POBLADO] 1</p> <p>En otro mercado o feria 2</p> <p>A transportistas o comerciantes 3</p> <p>A un organismo público 4</p> <p>A una cooperativa 5</p> <p>De otra forma (¿Cuál?) 6</p>
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

3 ¿Existe alguna oficina de asistencia técnica agropecuaria en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?

SI 1 (» 5) NO 2

4 ¿A cuántos kms. se encuentra la oficina de asistencia técnica agropecuaria más cercana?

KILOMETROS :

5 Los agricultores de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO], reciben asistencia técnica agropecuaria?

SI 1 NO 2 (» 7)

6 ¿De qué oficina o personas?

EMPRESAS	1	<input type="checkbox"/>
BANCO COMERCIAL	2	<input type="checkbox"/>
MIN. AGRICULTURA	3	<input type="checkbox"/>
COOPERATIVA	4	<input type="checkbox"/>
ASOC. DE AGRICULTORES	5	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDADES	6	<input type="checkbox"/>
PROFESIONALES INDEPENDIENTES	7	<input type="checkbox"/>
OTROS	8	<input type="checkbox"/>

7 ¿Hay alguna cooperativa agropecuaria en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?

SI 1 NO 2 (» 9)

8 ¿Cómo se llama(n) esa(s) cooperativa(s) y que servicio(s) proporciona(n)?

Nombre de la Cooperativa	Servicios que presta	Cod.

(» 10)

9 ¿Hay algunos agricultores de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] que pertenezcan a alguna cooperativa agropecuaria?

SI 1 NO 2

10 ¿Hay algún camión dedicado a la comercialización en esta comunidad?

SI 1 NO 2

11 ¿Hay algún tractor dedicado a trabajos agropecuarios en[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]?

SI 1 NO 2

12 ¿Cuánto se paga en promedio actualmente por el jornal de trabajo agrícola?

ESCRIBIR LA RESPUESTA EN SOLES

JORNAL DE HOMBRE :

JORNAL DE MUJER :

JORNAL DE NIÑO :

13 En ...[NOMBRE DE CENTRO POBLADO]... ¿se practica algún sistema de intercambio de trabajo? (MINKA, CHOVA CHOVA, ETC.)

SI 1 NO 2

PRECIOS DE PRODUCTOS BASICOS

CENTRO POBLADO: _____

SEGMENTO N°

N°	PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO S/.	N°	PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO S/.
1	CEBOLLA ROJA	KG.		27	HUEVOS DE GALLINA	KG.	
2	TOMATE REDONDO	KG.		28	LECHE EVAPORADA	LATA	
3	ZANAHORIA	KG.		29	LECHE EN POLVO	Marca	SOBRE
4	ZAPALLO MACRE	KG.				Marca	
5	PAPA BLANCA	KG.		30	MANTECA	KG.	
6	OCA	KG.		31	ACEITE COMPUESTO	LITRO	
7	OLLUCO	KG.		32	AZUCAR RUBIA	KG.	
8	YUCA BLANCA	KG.		33	SAL YODADA	KG.	
9	LIMON ACIDO	KG.		34	GASEOSA MEDIANA	BOT.	
10	MANZANA CORRIENTE	KG.		35	CERVEZA BLANCA GDE.	BOT.	
11	PLATANO INGUIRI	KG.		36	DETERGENTE	225 GR.	
12	FRIJOL	KG.		37	JABON DE LAVAR	Marca	BARRA
13	PESCADO FRESCO	Tipo	KG.			38	
		Especie		KG.	39	CREMA DENTAL	MEDIANA
14	PESCADO FRESCO	Especie			40	VELAS	UNIDAD
15	POLLO ENTERO EVISC.	KG.		41			
16	RES CORTE UNICO	KG.		42	KEROSENE	LITRO	
17	MONDONGO	KG.		43	LAPIZ FABER 2	UNIDAD	
18	CARNERO	KG.		44	CUADERNO 100 HOJAS	UNIDAD	
19	GRATED SARDINA	LATA		45	PANADOL	UNIDAD	
20	ARROZ CORRIENTE	Marca	KG.				46
		21		HARINA S/PREPARAR	KG.		47
22	MAIZ MOTE	KG.		48	SAL DE ANDREWS	TIRA	
23	MAIZ GRANO	KG.		49	AGUA OXIGENADA	FRASCO	
24	SOYA	KG.					
25	TRIGO PELADO	KG.					
26	FIDEOS GRANEL	KG.					

OBSERVACIONES :

Instituto Cuánto

ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES
SOBRE MEDICION DE
NIVELES DE VIDA
ENNIV - 94

OBSERVACION
DE ENTREVISTAS

AREA		CODIGO
DEPARTAMENTO		
PROVINCIA		
DISTRITO		
SEGMENTO N°		
ENCUESTADOR		
JEFE		

DOC. ENNIV 94

COMENTARIOS GENERALES

1 ¿Cómo explicó el Encuestador los objetivos de la encuesta?

Bueno 1

Regular 2

Malo 3

De marcar claves 2 o 3 explique :

2 ¿Explicó la confidencialidad de las respuestas?

SI 1

NO 2

3 ¿Leyó el Encuestador las preguntas exáctamente como están escritas en el cuestionario?

SI 1

NO 2

4 ¿Mantuvo el Encuestador neutralidad?, ¿Mostró reacciones en las respuestas? o ¿Sugirió respuestas al entrevistado?

SI 1

NO 2

5 ¿El Encuestador fue cortés y tuvo paciencia durante la entrevista?

SI 1

NO 2

De marcar clave 2 explique :
