

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 :	<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	DIA	MES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table><tr><td>SECCIONES DILIGENCIADAS</td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	SECCIONES DILIGENCIADAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA	MES													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
SECCIONES DILIGENCIADAS														
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														

Resultado : Completa Incompleta

Razones : _____

JEFE DE BRIGADA

Nombre : _____

Fechas de Supervisión :	<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	DIA	MES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table><tr><td>ACCION DESARROLLADA</td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	ACCION DESARROLLADA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA	MES													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
ACCION DESARROLLADA														
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														

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 I D E N T I F I C A C I O N	1. Quisiera hacer una lista completa de todas las personas que viven habitualmente y comparten sus comidas en este 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)	C O D I G O	C O D I G O	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
		RELACION DE PARENTESCO CON EL JEFE	SEXO	¿Cuál es la fecha de nacimiento de ...[NOMBRE].?	¿Cuál es el estado civil o conyugal de ...[NOMBRE].?	¿Cuál es la lengua materna que habla ...[NOMBRE].?	¿Qué otro idioma o dialecto habla ... [NOMBRE]	Desde ... [MISMA FECHA DEL AÑO PASADO] hasta hoy, ¿cuántos	¿MIEMBRO DEL HOGAR?	La madre de ...[NOMBRE] vive en este hogar?	¿...[NOMBRE]... Fue encuestada en 1991?	¿Considera Ud. que su nivel de vida con relación a Oct. de 1991				
EDAD DE MIEMBRO DEL HOGAR	NOMBRE COMPLETO	N O M B R E	N O M B R E	CONYUGE (ESPOSO, CONVIVIENTE, COMPAÑERO) 2 HIJO 3 YERNO/NUERA 4 NIETO(A) 5 PADRE/SUEGRO 6 OTRO PARIENTE 7 TRABAJADOR 8 DOMESTICO 9 PENSIONISTA 9 OTRA PERSONA 0 NO PARIENTE 0	HOMBRE ... 1 MUJER 2 ¿Cuántos años cumplidos tiene ...[NOMBRE]... ANOTAR RESPUESTA EN PRIMERA COLUMNA	(< 12 AÑOS PASE A 6)	LEER AL ENTREVISTADO Conviviente 1 Casado(a) 2 Viudo(a) 3 Divorciado(a) 4 Separado(a) 5 Soltero 6	CASTELLANO 1 QUECHUA 2 AYMARA 3 CAMPA 4 SHIPIBO 5 OTRO NATIVO 6 INGLES 7 OTRO EXTRANJERO... 8 NO HABLA 9 FRANCES 10 OTRO EXTRANJERO... 11	CASTELLANO 1 QUECHUA 2 AYMARA 3 CAMPA 4 SHIPIBO 5 OTRO NATIVO 6 INGLES 7 ALEMAN 8 FRANCES 9 NINGUNO 11	1 meses 2 estuvo 3 [NOMBRE] 4 ausente 5 del hogar, 6 sin dormir 7 ni comer 8 en él? 9 10 11	VERIFICAR CRITERIOS SI ... 1 NO...2 (* PERSONA SIGUIENTE)	SI : ANOTAR EL CODIGO DE IDENTIFICACION DE LA MADRE NO 99	ENCUESTADORA CONSISTENCIAR CON TARJETA SI 1 NO 2	Ha mejorado? 1 Ha empeorado?... 2 Sigue Igual? 3		
						DIA	MES	AÑO		MESES						
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>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) NOMBRE COMPLETO		
I D E N T I F I C A C I O N	EDAD DE MIEMBRO DEL HOGAR		

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>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) NOMBRE COMPLETO		
I D E N T I F I C A C I O N	EDAD DE MIEMBRO DEL HOGAR		

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, CANA 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

	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
	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.	¿Cuál es el último año y nivel de estudios que . . . [NOMBRE] . . . aprobó? NIVEL :	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?	¿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]
	leer un periódico?	escribir una carta?		SI [NOMBRE] ES: > DE 14 AÑOS . . .1 (» 24) < DE 14 AÑOS . . .2 (» MIEMBRO SIGUIENTE)	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	SI 1 NO 2	público 1 privado 2 Parroquial . 3 (Fe y Alegría)	SI AGUA RED PUBLICA 1 DESAGUE 2 AMBOS 3 NO NINGUNO 4	SI 1 NO 2 (» 11)			
	SI 1 NO 2 (» 3)	SI 1 NO 2	SI 1 (» 5) NO 2		NIVEL	ANO				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																			
13														14		15		16		17		18		19		20		21		22			
¿En ésta última matrícula de ... [NOMBRE] ... cuánto gastó en														¿En el último mes cuánto gastó en pensiones refrigerios transporte, u otros gastos escolares de [NOMBRE]		¿Cuántos libros le solicitaron a ...[NOMBRE]... en su Centro Educativo? ANOTAR CANTIDAD		SI NO COMPRARON TODOS LOS LIBROS ¿Qué hace ...[NOMBRE]... para remediar la falta de libros?		...[NOMBRE]... Recibe o recibió gratuitamente en el último año uniformes, libros o útiles en la escuela y/o colegio?		...[NOMBRE]... Se retiró o trasladó de su C. Educativo en el último año?		¿Qué medios de transporte usa o usaba ...[NOMBRE]... habitualmente para ir a su Centro Educativo		¿Cuánto se demora (demoraba) [NOMBRE] habitualmente en ir de aquí a su centro educativo?		Repitió.... [NOMBRE] Algún año de estudios en el colegio?		¿Qué grados repitió [NOMBRE]			
SI NO GASTO ANOTAR CERO																ANOTAR CANTIDAD																	
A B C D																																	
... matrícula incluyendo los aportes a asociaciones de padres de familia/apoyo educativo?														... libros y textos?		... uniformes y otros utiles?		TOTAL															
MONTO														MONTO		MONTO		MONTO		MONTO													
														LIBROS SOLICITADOS		LIBROS COMPRADOS																	
C O D I G O																																	
I D E N T I F I C A C I O N																																	
01																																	
02																																	
03																																	
04																																	
05																																	
06																																	
07																																	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	

CURSOS DE CAPACITACION (>14 años)				MENORES DE 6 AÑOS				
23	24	25	26	27	28	29	30	31
¿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]?
INASISTENCIA 01			ACADEMIA 1	SI ... A cuál?	PRONOEI 1			
ENFERMEDAD 02			INSTITUTO DE CAPACITACION OCUPACIONAL 2	Algun diploma	ESTATAL 2			
TRABAJO 03			INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO 3	SI ...1	PRIVADO 3			
QUEHACERES HOG. ... 04			CAPACITACION POR UNIVERSIDAD 4	NO...2	OTRO 4			
EDUCACION 05	SI AHORA 1		CTRO. DE INSTRUCCION TECNICA DE LAS FUERZAS ARMADAS 5		NO ... Por qué?			
DEFICIENTE..... 06	SI ANTES..... 2		CENTRO DE TRABAJO O EMPRESA 6		MUY PEQUEÑO ... 5			
MAESTRO INCOMPETENTE..... 07	(» 26)		CURSO POR CORRESPONDENCIA 7		MUY CARO 6			
FALTA UTILES, LIBROS, ETC 08	NUNCA..... 3		OTRO 8		NO EXISTE..... 7			
NIÑO MAL PREPARADO (flojo)..... 09	(» PREG. 32)				NO NECESITA 8			
PADRES DESINTERESADOS 10					(» NIÑO SIGUIENTE)			
RESADOS 08								
IDIOMA 09								
OTRO (CUAL?) 10								
>= 14 AÑOS » P.24		HORAS					MES	MONTO
< 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.....	
Especifique	
33	Quien piensa 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
Especifique	

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,	¿Tuvo [NOMBRE] alguna	En total,	De esos	¿Tuvo [NOMBRE] alguna	¿Dónde se llevó a cabo la	¿Qué medio de	¿Cuánto se demoró		¿En el lugar	
D	[NOMBRE] estuvo enfermo, accidentado	consulta o gasto por salud	¿Cuántos	.. [DIAS].	consulta de salud durante	consulta?	transporte se	en llegar al lugar en		de consulta	
I	o tuvo alguno de estos síntomas?	en las últimas 4 semanas?	días de las	en que	las últimas 4 semanas para	SI 2 o MAS LUGARES	usó para ir al	que hizo la consulta?		cuánto tiempo	
G	1. Diarreas	(SONDEE)	últimas 4	[NOMBRE]	atenderse por esa	ANOTE CODIGO	lugar de la			esperó para	
O	2. Catarro, tos y dificultad para respirar		semanas	estuvo	enfermedad o accidente?	MENOR.	consulta?			ser atendido?	
I	3. Presencia de lombrices		estuvo	enfermo,	SI Quién lo atendió	HOSP. MIN. SALUD 1	TR. PUBLICO..... 1	TIEMPO DE IDA			
D	4. Fiebre, erupciones en la piel, ojos rojos		[NOMBRE]	¿Cuántos	en la consulta?	HOSP. IPSS 2	TR. PRIVADO				
E	5. Tos prolongada seguida de vómitos		enfermo	días	MEDICO 1	HOSP. FF.AA. 3	MOTORIZADO 2				
N	6. Tos persistente con esputos de sangre, adelgazamiento?	CONSULTA:	o acciden-	estuvo	DENTISTA 2	CENTRO SALUD 4	NO MOTORIZ. 3				
T	7. Granos, chupos, erupciones en la piel	Salud 1 (» 5)	tado?	impedido	OBSTETRIZ 3	PUESTO SANITAR. 5	CAMINANDO 4				
I	con mucha picazón?	Planif. Familiar 2 (» 5)		o en	ENFERMERA 4	PUESTO COMUNIT. 6	ACEMILA 5				
F	8. Fiebre alta, molestias abdominales, malestar general.	MEDICINAS 3 (» 16)		cama?	SANITARIO 5	CLINICA O CONSULT. 7	OTRO 6				
I		ANTICONCEP. 4 (» 16)			PROMOTOR 6	FARMACIA 8					
C	9. Paludismo o terciana	NO 5 (» 18)			FARMACEUTICO 7	CASA DE PERS. CONSULT. 9					
A	10. Otro diagnóstico (especifique)				PARTERA 8	CASA ENFERMO 10					
C	11. Accidente				CURANDERO 9	(»10)					
	12. Ningún síntoma				OTRO (Cuál?)..... 10	OTRO..... 11					
	SI RPTA. DE 1 A 11 PASE A 3		DIAS	DIAS IMPEDIDO	NO 11 (» 15)			HORAS	MINUTOS	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 ¿Donde 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? MONTO	15 ¿Compraron o recibieron Uds. medicinas para esa enfermedad de [NOMBRE] en las últimas 4 semanas? RECETADAS O AUTORECETADAS SI COMPRARON 1 SI RECIBIERON 2 SI AMBAS 3 NO 4 (PASE A 18)	16 ¿Dónde obtuvo [NOMBRE] éstas medicinas? FARMACIA 1 BOTIQUIN COM. 2 IPSS 3 BODEGA 4 PARROQUIA 5 HOSP. o C. SALUD 6 OTRO 7	17 SOLO PARA MEDICINAS COMPRADAS ¿Cuánto gastaron en total por esas medicinas? MONTO	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				
										BCG o Antituberculosa? SI 1 NO 2			
										Antisarampión? SI 1 NO 2			
										Antipolio? SI Cuántas dosis			
										Triple o DPT? SI Cuántas dosis			
										DOSIS DOSIS			

01													
02													
03													

04													
05													
06													

07													
08													
09													

10													
11													
12													

13													
14													
15													

SECCION 4. SALUD: PARTEB. PARA MUJERES DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD																											
C O D I G O I D E N T I F I C A C.	1	¿Ud. ha estado embarazada alguna vez?	2	¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido Ud.?	3	¿Cuántos de ellos están vivos actualmente?	4	¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo su primer hijo?	5	¿En los últimos 5 años falleció algún hijo de Ud. menor de 5 años?	6	¿En qué fecha fallecieron estos niños y qué edad tenían al morir?	7	¿Ud. está embarazada actualmente?	8	¿Ud. ha tenido controles prenatales?	9	¿En qué mes del embarazo tuvo Ud. su primer control?	10	¿Dónde se controla Ud.?	11	¿En los últimos 5 años recibió la vacuna antitetánica?	12	¿Cuántas dosis de vacuna antitetánica recibió durante toda su vida?	13	¿Utiliza algún método anti-conceptivo?	
	NO INCLUYA EMBARAZO ACTUAL		(SI NO TUVO HIJOS VIVOS PASE A 7)		INCLUYA AQUELLOS QUE NO VIVEN CON USTED								SI ¿Cuántas veces?						SI 1 NO 2						SONDEAR SI ... Cuál?		
	SI ... ¿Cuántas veces?								SI Cuántos?						SI 1 NO 2										PILDORA 1 DIU 2 INYECCION 3 VAGINALES 4 CONDON 5 ESTERILIZACION .. 6 ABSTINENCIA POR CALENDARIO 7 MOCO CERVICAL .. 8 TEMPERATURA 9 RETIRO 10 OTRO 11 NO USA 12 NO CONOCE 13		
	NO ... 0 (Pase a 7)								NO ... 0 (Pase a 7)				NO 0 -> Preg. 11		NO 0 (Pase a 11)		ANOTAR EL MES DE EMBARAZO										

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 P O R E J E M P A R A U N A E M P R E S A S O C I E D A D O R G A N I Z A C I O N E S O T R O S	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?	6 EXAMINAR LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS 1 y 3 SI HAY ALGUNA RESPUESTA AFIRMATIVA (CODIGO 1)1 (» PARTE B) *SI TODAS SON RESPUESTAS NEGATIVAS (CODIGO 2)2	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) Estudiante /menor 1 Quehaceres del hogar 2 Pensionado/jubilado 3 Rentista 4 Anciano/invalído 5 RPTA. 1 A 5 Pase a 12 Espera respuesta de un empleador 6 Espera comienzo de un nuevo trabajo 7 Vacaciones/licencia 8 Está enfermo 9 Huelga/suspendido 10 Espera cosecha/ fiestas patronales/ mantenimiento/etc 11 No hay trabajo 12 Otra 13	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) TODAS SON RESPUESTAS NEGATIVAS (CODIGO 2) 2 (--> PARTE G)		
	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2
					DIAS	HORAS			SEMA- NAS	MONTO	UNIDAD DE TIEMPO			
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	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	SE- MA- NAS	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														

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.	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	
	SI .. 1 ->	¿Cuánto le dan, y cada cuánto tiempo?		SI .. 1 ->	¿Cuál es el valor hoy día de estos bienes, servicios y subvenciones, y cada cuánto tiempo le dan?		SI .. 1 ->	¿Cuánto vale hoy día lo que le dan, y cada cuánto tiempo lo recibe																
	NO...2 (» 11)			NO...2 (» 12)			NO...2 (» 13)																	
		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 O 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? HORAS POR DIA	5 ¿Cuántos meses de los últimos 12 meses ha desempeñado Ud. esta ocupación? MESES	6 ¿Hace cuánto tiempo trabaja Ud. como ... [OCUPACION]?			7 ¿Cuándo recibió el último pago? ¿Cuánto fue el monto? ¿Cada cuánto tiempo recibe? ANOTAR MONTO DE INGRESO "NETO" FRECUENCIA DE PAGO Y MES DE PAGO SI NO RECIBIO ANOTAR "00"			8 Como [OCUPACION] trabajó Ud. por cuenta propia o como familiar no remunerado? SI: INDEPENDIENTE 1 FAM. NO REMUN. 2 (PASEA 17) NO 3
	DESCRIPCION DE LA OCUPACION	COD.	ACTIVIDAD ECONOMICA	COD.				DIAS	AÑOS	MESES	SE-MA-NAS	MONTO DEL ULTIMO PAGO	UNID. TPO.	
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)	
	SI... 1	¿Cuánto le dan, y cada cuánto tiempo?		SI... 1	¿Cuál es el valor hoy día de estos bienes, servicios y subvenciones, y cada cuánto tiempo le dan?		SI... 1	¿Cuánto vale hoy día lo que le dan, y cada cuánto tiempo lo recibe			SI 1 NO 2	
	NO...2 (» 10)			NO...2 (» 11)			NO...2 (» 12)					
		MONTO	UNID. TIEMP.		MONTO	UNID. TIEMP.		MONTO	UNID. TIEMP.			
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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?		
D	SI ...		SI :	SI :		ANOTAR MONTO DE INGRESO "NETO", E INCLUIR PAGOS EN BIENES O SERVICIOS		
I	¿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	Durante los últimos 7 días, ha buscado algún otro trabajo para reemplazar al que tiene usted actualmente?	¿Cuántas semanas lleva buscando otro trabajo?	¿Ha buscado un trabajo	¿Ha buscado en el sector	¿Ha buscado un trabajo en la actividad	¿Cuánto es el ingreso más bajo que usted aceptaría para trabajar?	
		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	SI 1 NO 2 (» PARTE E)	SEMANAS	Independiente? 1 Asalariado? 2 Ambos? 3	Privado? 1 Público? 2 En ambos? 3	Agrícola? 1 No agrícola? 2 En ambas? 3	ANOTAR MONTO Y FRECUENCIA DE PAGO,	
	SI 1 (» 4) NO 2							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.																	
C O D I G O	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 / hacía 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]? DESCRIPCION DE LA OCUPACION COD.	4 ¿Cuántos meses de los últimos 12 meses desempeñó Ud. esa ocupación? ACTIVIDAD ECONOMICA COD.	5 ¿Era ese trabajo una actividad que se realiza sólo en determinadas épocas del año? MESES <div>SI 8 MESES O MAS --> 6</div>	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 esté último pago? ANOTAR MONTO DE INGRESO "NETO", FRECUENCIA DE PAGO, Y MES DEL ULTIMO PAGO. SI NO RECIBIO ANOTAR "00"			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... 1 NO...2 (» 12)	¿Cuánto le daban, y cada cuánto tiempo?	SI... 1 NO...2 (» 13)	¿Cuál es el valor hoy día de estos bienes, servicios y subvenciones, y cada cuánto tiempo le daban?	SI... 1 NO...2 (» 14)	¿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 F. TRABAJO SECUNDARIO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES.													
C O D I G O D E N T I F I C A C I O N	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"			
							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 ademas 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	
	SI 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	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	En este trabajo	Estaba Ud. asegurado	Estaba afiliado a	Cuántas personas	Fuera de ésta (OCUPACION),			
D	trabajo usó Ud.	le daban	en el IPSS o tenía otro	algún sistema	en total trabajaban	¿ha tenido algún otro trabajo o			
I	herramientas		seguro médico?	de pensiones?	en la empresa o	"cachuelo" durante los últimos 7			
G	equipos o materiales	Vacaciones			negocio donde Ud.	días?			
O	de su propiedad?	pagadas?	SI :		laboraba?				
	SI	Licencia pagada	IPSS 1	SI:		ANOTAR MONTO			
I		por enfermedad?	PARTIC. 2	IPSS 1		DE INGRESO "NETO",			
D	En cuánto		MILITAR 3	AFP 2	UD SOLO 1	E INCLUIR PAGOS			
E	podría vender		IPSS Y PARTIC. 4	MILITAR POLICIAL 3	2 A 5 2	EN BIENES O SERVICIOS			
N	estas cosas		NO 5	OTRO 4	6 A 10 3				
T	actualmente?	SI, VACACIONES 1		NO 5	11 A 20 4	SI 1	¿Cuánto le pagaron o ganó		
I		SI, LICENCIA POR			21 A 50 5	NO 2	Ud. por todos estos otros		
F	NO 00	ENFERMEDAD 2			51 A 100 6	(-> PARTE G)	trabajos o cachuelos?		
I		SI, AMBAS 3			101 A 200 7				
C		NO, NINGUNO 4			200 A MAS 8				
	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?		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?		4 ¿Cuál fue el último pago mensual y en que mes y año lo recibió?		5 ¿Trabajaba Ud. en Octubre de 1991		6 ¿ A qué se dedicaba el negocio, la empresa u organismo en el que Ud. trabajó como [OCUPACION EN OCTUBRE DE 1991]?	
	SI Qué actividad realizó?				SI ... ¿Cuántos meses trabajó?		ANOTAR INGRESO MENSUAL		SI Qué hacía exactamente Ud. en ese trabajo?			
	NO 000 (Pase a 3)				NO 0 (» 5)				NO 000 (Pase a 8)			
	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

5G1

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

» 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

5G2

SECCION 6. PARTE A : M I G R A C I O N : MIEMBROS DE 15 ANOS Y MAS										
C	1	2	3		4	5	6		7	8
O	El lugar en que	¿Nació	¿En que provincia nació Ud.?		¿A qué edad	¿Por qué salió Ud.	En que lugar vivía Ud. antes		¿En qué	¿Por qué vino
D	Ud. nació era	Ud. en			salió Ud. por	de su lugar de naci-	de venirse a vivir a [lugar de		año vino	Ud. a vivir a [LUGAR DE
I		[LUGAR	(SI ES EXTRANJERO		primera vez	miento para vivir en	residencia actual]..?		la última vez	RESIDENCIA ACTUAL]
G	Campo..... 1	DE RESI-	ANOTAR PAIS)		de su lugar	otra parte?	(ANOTAR PAIS SI VIVIA		a vivir a...	RAZON PRINCIPAL:
O	Un caserío..... 2	DENCIA			de nacimiento		EN EL EXTRANJERO)			
	Un pueblo..... 3	ACTUAL)?			para vivir en	[RAZON PRINCIPAL]				
I	Una ciudad..... 4				otra parte?				[LUGAR	MAS INGRESO 1
D	Otro..... 5								DE RESI-	TRABAJO 2
E		SI.....1							DENCIA	ESTUDIO 3
N		(Miembro							ACTUAL)?	MATRIMONIO 4
T		Sig.)								TERRORISMO 5
I										FAMILIAR 6
F.		NO...2								O T R O 7
			NOMBRE	CODIGO	AÑOS		NOMBRE	CODIGO	AÑO	

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

» PERSONA SIGUIENTE

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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	3	4	5	6	7	8
	Por favor puede decirme los nombres de estas personas	SEXO HOMBRE 1 MUJER 2	¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente[NOMBRE]?	¿A qué país viajó[NOMBRE]?	¿Cuál fue el motivo del viaje de[NOMBRE]?	¿En qué año viajó ...[NOMBRE]	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]? MES AÑO	9 Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántos trabajadores remunerados ha tenido la[EMPRESA]...? TRABAJADORES REMUNERADOS	10 Esta [EMPRESA].. funciona en el hogar 1 en otro local fijo 2 se desplaza 3	11 Esta [EMPRESA].. tiene RUC (Registro Unico de Contribuyentes)? SI 1 NO 2	12 Durante los últimos 12 meses, (DESDE...) ¿Cuántos meses funcionó la [EMPRESA]..? Si 12 meses » 14 INCLUIR HASTA 1 MES DE VACACIONES MESES	13 ¿Funcionó la [EMPRESA].. en el último mes? SI 1 NO 2 PASE SECCION 8	14 En el último mes, ¿cuánto dinero recibió la ... [EMPRESA]? MONTO BRUTO POR LA VENTA DE PRODUCTOS, BIENES O SERVICIOS	15 En el último mes, ¿recibió la ... [EMPRESA] otros pagos en forma de bienes o servicios? SI 1 No 2 (» 17)

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

¿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			

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

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

¿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

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.

<div>2</div> <div>Durante los últimos 15 días, ¿Compraron Uds.</div> <div>MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE</div> <div>PREGUNTAR 2 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREGUNTA 3</div>		<div>3</div> <div>¿Cuánto gastaron Uds. en [PRODUCTOS].... en los últimos quince días?</div> <div>INCLUIR AUTOSUMINISTRO Y VALORAR A PRECIO DE VENTA AL PUBLICO</div> <div>MONTO</div>
¿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		PARA TODAS LAS RESPUESTAS "SI" A P1		1		PARA TODAS LAS RESPUESTAS "SI" A P1	
Durante los últimos 3 meses (desde ...), ¿Gastaron Uds. en...		2 ¿Cuánto gastaron Uds . en total en ...[PRODUCTO]... durante los últimos 3 meses.		2 ¿Cuánto gastaron Uds . en total en ...[PRODUCTO]... durante los últimos 3 meses.		3 ¿En que mes hizo este gasto?	
MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREG. 2 y 3		MONTO		MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREG. 2 y 3		MONTO	
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	
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

8 B

» PARTE C

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		
Licuada, 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. 	5 ¿Qué artefactos electrodomésticos compró?	6 ¿De qué marca?	7 ¿Cuánto le costó?	8 ¿Le entregaron factura o boleta de venta? SI 1 NO 2	9 ¿Le dieron garantía? (Incluye servicio técnico y/o cambio de artefacto) SI ¿Cuánto tiempo? NO 0	10 ¿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.

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

CODIGO		
PARA CADA RESPUESTA "SI" A P3		
3 En los últimos quince días, ¿Compraron Uds.?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">X ↓</div>	4 ¿Cuánto gastaron en ...[ALIMENTOS]... , en los últimos 15 días?
MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 4		MONTO
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
Quinua, harina de quinua, derivados de la quinua?	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, carnero, 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

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

SI1 (» PARTE B)		NO 2	
PARA CADA RESPUESTA "SI" A P3			
3 En los últimos quince días, ¿Compraron Uds.?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">X ↓</div>	4 ¿Cuánto gastaron en ...[ALIMENTOS]... , en los últimos 15 días?	
MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 4		MONTO	
Aceites comestibles, margarina vegetal, etc?	SI --> <-- NO	316	
Especias sazonadoras (ají, canela, pimienta, salsa de tomates, vinagre, etc.)?	SI --> <-- NO	317	
Tubérculos y raíces (papa, camote, yuca, etc.?)	SI --> <-- NO	318	
Menestras (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

9A

SECCION 9 PARTE B: GASTOS AUTOCONSUMO Y AUTOSUMINISTRO ALIMENTARIO

		PARA CADA RESPUESTA "SI" A P1, HACER P. 2-3				PARA CADA RESPUESTA "SI" A P1, HACER P. 2-3	
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 ...? MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 2-3	<div style="text-align: center;">X ↓</div>	¿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 ...? MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 2-3	<div style="text-align: center;">X ↓</div>	¿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
Arroz?	SI --> <-- NO	301		Aceites comestibles, margarina vegetal, etc?	SI --> <-- NO	316	
Maíz, maicena, derivados del maíz?	SI --> <-- NO	302		Esppecies 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.

<div>1</div> <div>Durante los últimos 12 meses (desde ...).</div> <div>¿Alguno de Uds. ha recibido ingreso en dinero o en bienes, proveniente de alguna de las siguientes fuentes?</div> <div>MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA.</div> <div>HACER LA PREGUNTA PARA TODAS LAS FUENTES ANTES DE PASAR A P. 2 y 3</div>		<div>2</div> <div>¿Cuánto recibieron Uds. por[RUBRO] la última vez, y en qué mes sucedió eso?</div>		<div>3</div> <div>¿Cuántas veces y cada cuánto tiempo recibieron Uds.[RUBRO]..... durante los últimos 12 meses.</div>	
		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?

1 Durante los últimos 12 meses (desde ...), ¿Han realizado Uds. alguna de las operaciones siguientes? MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA. PREGUNTAR 1 PARA TODAS LAS OPERACIONES ANTES DE PASAR A P. 2-4	2 ¿Cuántas veces realizaron Uds. la [OPERACION] durante los últimos 12 meses? VECES	3 ¿Cuál fue el monto total de todas las ... [OPERACION].. que Uds. realizaron durante los últimos 12 meses? MONTO	4 ¿En qué mes realizaron Uds. la [OPERACION] por última vez? MES
---	--	---	--

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

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

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

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

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

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

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 T	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 ESCUELA/COLEGIO	
02											9 UNIVERSIDAD	
03											10 IGLESIA CATOLICA	
04											11 IGLESIA NO CATOLICA	
05											12 LLEVA LONCHERA	
06											13 MUNICIPALIDAD DISTRITAL	
07											14 CASA DE FAMILIA	
08											15 OLLA COMUN VECINAL	
09											16 PARTIDO POLITICO	
10											17 PENSION	
11											18 RESTAURANTE	
12											19 TRABAJO/OFICINA/FAB.	
13											20 OTRO LUGAR	
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 5.- Otra clase
2.- Barbecho tierras
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 C U L T I V O S	Durante los últimos 12 meses cosecharon cultivos?								DE LA PRODUCCION TOTAL OBTENIDA										¿Qué pasó con el resto de producción?	
	¿Qué cultivos cosechó?		¿Cuántas veces cosechó? [.....]	¿Cuál fue la Superficie cosechada?	¿Cuál fue la producción total de [.....] ?				¿Cuánto se destinó a la venta?	¿Cuánto se destinó para semilla?		¿Cuánto se destinó para el consumo del hogar?		¿Cuánto se destinó para intercambio o trueque?		¿Cuánto se destinó para elaboración de subproductos?		¿Qué pasó con el resto de producción?		
	(1)	(2)	(3)	(4)				(5)	(6)		(7)		(8)		(9)		(10)			
	NOMBRE DE 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 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?	
(1)		(2)		(3)		(4)		(5)
SUB-PRODUCTOS AGRICOLAS		CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	EQUIVAL. EN KG.	CANTIDAD	VALOR TOTAL S/.	CANTIDAD	VALOR 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 árboles?		SI 1 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		
Chaquitacilas, 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 INSECTIVORAS 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)
1 Semillas y Plantones	SOLES
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

13FG

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		Durante los últimos 12 meses											
	Cuántos [.....] tenían en en [MES] 1993?	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 actual-mente?			
	(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, Mantequilla, 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? - Pago en especie - Trueque o intercamb. - Regalo, etc.	
	¿Cuál fue la producción total de los [.....]?				¿Cuánto se destinó a la venta?		¿Cuánto se destinó para el consumo del hogar?			
	(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 AÑOS)										
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)
	SI 1 NO 2									
		AÑOS	MESES		KG.	GRAMOS	MESES	DÍAS		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 (cont.)								PARA TODAS LA MADRES DEL HOGAR
C O D I F I C A C	9	10	11	12	13	14	15	16
	¿Cuántos meses tenía ...[NOMBRE].... cuando empezó a darle regularmente algún alimento sólido o papilla?	¿Ha tenido ...[NOMBRE].. diarrea durante los últimos 15 días?	La última vez que ...[NOMBRE].. tuvo diarrea, ¿le dió más, igual o menos cantidad de líquidos que de costumbre, incluyendo la lactancia materna?	La última vez que ...[NOMBRE].. tuvo diarrea, ¿le continuó dando alimentos, incluyendo leche materna y/o alimentación corriente?	La última vez que ...[NOMBRE].. tuvo diarrea, ¿buscó atención fuera del hogar?	En este lugar se le dió o prescribió sales de rehidratación oral (SRO)?	¿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).	¿Sabe ud. cómo se puede reconocer que el niño tiene neumonía, bronco-neumonía o pulmonía?
		SI DIARREAS 1 NO SONDEAR Ha realizado deposiciones sueltas con mayor frecuencia?			SI 1 NO 2 (PASE A 15)			CORRECTO 1 (Respiración rápida, agitada, dificultosa)
	MESES	SI DEPOSIC.LIQUI. 2 NO 3	MAS LIQUIDOS 1 MENOS LIQUIDOS 2 IGUAL LIQUIDOS 3 NO RECUERDA 4 NUNCA TUVO DIARREAS 5 (PASE A 15)	SI 1 NO 2		SI SE LE DIO 1 SI PRESCRIBIO 2 NO 3	SI UROCs 1 HOSPITAL 2 CENTRO DE SALUD 3 PTO. DE DISTIB. 4 NO 5	INCORRECTO 2 (Fiebre, Tos, no sabe, otro)
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)											
C PARA TODAS LA MADRES DEL HOGAR		18	19	20		21 SE LE PESO?		22		23	
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		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		PERIMETRO BRAQUIAL (DEL BRAZO IZQUIERDO)	
CORRECTO 1		ANOTE EN cm.	ECHADO 1 PARADO 2 NO SE TALLO 4	ANOTE EN KG. Y GRAMOS		ANOTE EL PESO APROXIMADO DE TODA LA ROPA QUE TENIA EL NIÑO (USE EL CUADRO DE LA PAG. ANTERIOR)		ANOTE EL MOTIVO			
INCORRECTO 2								AUSENTE 1 ENFERMO 2 IMPEDIDO 3 PADRES NO ACEPTARON 4 OTRO 5 <i>especifique</i>			
		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.

OBSERVACIONES Y COMENTARIO

1. OBSERVACIONES DE LA ENCUESTADORA :

[illegible]

2. OBSERVACIONES DE LA JEFE DE BRIGADA :

[illegible]

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

2. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

DEPARTAMENTO					
PROVINCIA					
DISTRITO					
Centro	Nombre				
Poblado	Categoría				
Segmento N°					

--

3. FECHA DE ENTREVISTA

--

6. NOMBRE DEL DIGITADOR

--

4. SITUACION DE LA CEDULA

7. FECHA DE DIGITACION

1. Diligenciada Integralmente	
2. Diligenciada Parcialmente	

--

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"/>

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"/>

- 6 La (el) [VIA DE ACCESO] que llega a[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] ¿es transitable durante todo el año?

SI 1 (» 8) NO 2

- 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

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

1 AGRICULTURA	Orden de Importancia	<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

- 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)

- 3 ¿Por qué? ESCRIBIR TODAS LAS RAZONES QUE INDICAN MODIFICACIONES EN LAS CONDICIONES DE VIDA?

1 INFLACION/COSTO DE VIDA	Orden de Importancia	<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

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?

	Nº 1	Nº 2	Nº 3
PUBLICA	1		
PRIVADA	2		

5 ¿La escuela tiene primaria
completa?

	Nº 1	Nº 2	Nº 3
SI	1		
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)	
		KM	HORAS	MINUTOS
1	Médico?			
2	Enfermera(o)?			
3	Obstetriz?			
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

1	¿A qué cultivos principales se dedican los habitantes de[NOMBRE DE CENTRO POBLADO] HACER LA LISTA COMPLETA ANTES DE PASAR A 2	2	¿Generalmente donde venden la cosecha de[CULTIVOS]? ANOTE LA FORMA PRINCIPAL En el mercado o feria del [CENTRO POBLADO] 1 En otro mercado o feria 2 A transportistas o comerciantes 3 A un organismo público 4 A una cooperativa 5 De otra forma (¿Cuál?) 6
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
BANCO COMERCIAL 2
MIN. AGRICULTURA 3
COOPERATIVA 4
ASOC. DE AGRICULTORES 5
UNIVERSIDADES 6
PROFESIONALES INDEPENDIENTES 7
OTROS 8

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.			Marca		
4	ZAPALLO MACRE	KG.		29	LECHE EN POLVO	SOBRE	
5	PAPA BLANCA	KG.			Marca		
6	OCA	KG.		30	MANTECA	KG.	
7	OLLUCO	KG.		31	ACEITE COMPUESTO	LITRO	
8	YUCA BLANCA	KG.		32	AZUCAR RUBIA	KG.	
9	LIMON ACIDO	KG.		33	SAL YODADA	KG.	
10	MANZANA CORRIENTE	KG.		34	GASEOSA MEDIANA	BOT.	
11	PLATANO INGUIRI	KG.		35	CERVEZA BLANCA GDE.	BOT.	
12	FRIJOL	KG.		36	DETERGENTE	225 GR.	
	Tipo				Marca		
13	PESCADO FRESCO	KG.		37	JABON DE LAVAR	BARRA	
	Especie			38	SHAMPOO	COJIN	
14	PESCADO FRESCO	KG.		39	CREMA DENTAL	MEDIANA	
	Especie				Marca		
15	POLLO ENTERO EVISC.	KG.		40	VELAS	UNIDAD	
16	RES CORTE UNICO	KG.		41	FOSFOROS	CAJITA	
17	MONONGO	KG.		42	KEROSENE	LITRO	
18	CARNERO	KG.		43	LAPIZ FABER 2	UNIDAD	
19	GRATED SARDINA	LATA		44	CUADERNO 100 HOJAS	UNIDAD	
	Marca						
20	ARROZ CORRIENTE	KG.		45	PANADOL	UNIDAD	
21	HARINA S/PREPARAR	KG.		46	PANTOMICINA	UNIDAD	
22	MAIZ MOTE	KG.		47	BENCIBROM	JARABE	
23	MAIZ GRANO	KG.		48	SAL DE ANDREWS	TIRA	
24	SOYA	KG.		49	AGUA OXIGENADA	FRASCO	
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 :

COMENTARIOS ESPECÍFICOS

HACER COMENTARIOS SOBRE TODAS LAS PARTES Y SECCIONES, SEAN SATISFATORIAS O DEFICIENTES. ANOTE EL NUMERO Y PARTE DE LA SECCION EN LA PRIMERA COLUMNA, LA PREGUNTA EN LA SEGUNDA Y LOS COMENTARIOS EN LA TERCERA COLUMNA. DEBE SOBRE TODO ANOTAR TODAS LAS PREGUNTAS QUE NO LEYO EL ENCUESTADOR.

[illegible]