



# ENCUESTA NACIONAL DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2017



INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AMPARADO POR DECRETO SUPREMO N° 043-2001-PCM DEL SECRETO ESTADÍSTICO

ENAPRES.01A (URBANO)

CONGLOMERADO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA	TIPO DE SELECCIÓN	¿ES UNA VIVIENDA DE REEMPLAZO?	CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
			Sí.....1 → Anote el número de selección de la vivienda reemplazada NO.....2		1

## UBICACIÓN GEOGRÁFICA

## UBICACIÓN MUESTRAL

1. DEPARTAMENTO	
2. PROVINCIA	
3. DISTRITO	
4. CENTRO POBLADO	

5. ZONA N°	
6. MANZANA N°	
7. AER N°	
8. VIVIENDA N°	

## 9. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

Tipo de vía: Avenida ..... 1 Calle.....2 Jirón .....3 Pasaje.....4 Carretera.....5 Otro ..... 6

Nombre de la Calle, Av., Jr., Carretera, etc.	N° DE PUERTA	BLOCK	INT.	PISO	MZ.	LOTE	KM.	TELÉFONO

## 10. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA

## 11. HOGAR N°

INICIE LA ENTREVISTA CON EL JEFE/A DEL HOGAR		¿Cuántos hogares ocupan esta vivienda?
Sr/a.: Si HOGAR es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.		→ <input type="text"/>

12. NOMBRES Y APELLIDOS DEL JEFE/A DEL HOGAR	
--	--

## 13. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENCUESTADOR/A						SUPERVISOR/A LOCAL			
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A	
Primera										
Segunda										
Tercera										
Cuarta										
Quinta										
Sexta										

## 14. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

FECHA	RESULTADO	(*) CÓDIGOS DE RESULTADO		
		1. COMPLETA	4. AUSENTE	7. OTRO _____ (Especifique)
		2. INCOMPLETA	5. VIVIENDA DESOCUPADA	8. VERIFICACIÓN DE LA MUESTRA
		3. RECHAZO	6. NO SE INICIÓ LA ENTREVISTA	9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

## 15. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

RESPONSABLE	DNI	NOMBRE Y APELLIDOS
ENCUESTADOR/A		
SUPERVISOR/A LOCAL		
COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL		
SUPERVISOR/A NACIONAL		
RECUPERACIÓN		

16. TOTAL DE PERSONAS REGISTRADAS EN EL CAPÍTULO 200	16A. TOTAL DE NÚCLEOS FAMILIARES REGISTRADOS EN EL CAPÍTULO 200	NÚMERO DE PERSONAS QUE LES CORRESPONDE EL:					24. IDIOMA DE LA ENTREVISTA (Circule uno o más códigos)
		Para todas las edades	De 12 y más años de edad	De 14 y más años de edad			
		17. CAPÍTULO 300	18. CAPÍTULO 500	19. CAPÍTULO 600	23. CAPÍTULO 700	23A. CAPÍTULO 800	Castellano ..... 1 Quechua..... 2 Otro ..... 3 (Especifique)

## 100. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

PERSONA N°:

NOMBRE:

### DATOS DE LA VIVIENDA (Jefe/a del hogar principal)

**OBSERVACIÓN DIRECTA**

**101. TIPO DE VIVIENDA:**

- Casa independiente.....1
  - Departamento en edificio.....2
  - Vivienda en quinta.....3
  - Vivienda en casa de vecindad (callejón, solar o corralón).....4
  - Choza o cabaña.....5
  - Vivienda improvisada.....6
  - Local no destinado para habitación humana.....7
  - Otro.....8
- (Especifique)

**102. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA ES:**

- ¿Ladrillo o bloque de cemento?.....1
  - ¿Piedra o sillar con cal o cemento?.....2
  - ¿Adobe o tapia?.....3
  - ¿Quincha (caña con barro)?.....4
  - ¿Piedra con barro?.....5
  - ¿Madera?.....6
  - ¿Estera?.....7
  - ¿Otro?.....8
- (Especifique)

**103. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS DE LA VIVIENDA ES:**

- ¿Parquet o madera pulida?.....1
  - ¿Láminas asfálticas, vinílicos o similares?.....2
  - ¿Losetas, terrazos o similares?.....3
  - ¿Madera (entablados)?.....4
  - ¿Cemento?.....5
  - ¿Tierra?.....6
  - ¿Otro?.....7
- (Especifique)

**104. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS TECHOS DE LA VIVIENDA ES:**

- ¿Concreto armado?.....1
  - ¿Madera?.....2
  - ¿Tejas?.....3
  - ¿Planchas de calamina, fibra de cemento o similares?.....4
  - ¿Caña o estera con torta de barro?.....5
  - ¿Estera?.....6
  - ¿Paja, hojas de palmera, etc.?.....7
  - ¿Otro?.....8
- (Especifique)

**105. SIN CONTAR BAÑO, COCINA, PASADIZOS, NI GARAJE, ¿CUÁNTAS HABITACIONES EN TOTAL TIENE LA VIVIENDA?**

Anote la respuesta en el recuadro

**106. LA VIVIENDA QUE OCUPA ES:**

- ¿Alquilada?.....1 → Pase a 109
  - ¿Propia, totalmente pagada?.....2
  - ¿Propia, por invasión?.....3
  - ¿Propia, comprándola a plazos?.....4
  - ¿Cedida por otro hogar?.....5
  - ¿Cedida por el centro de trabajo?.....6
  - ¿Cedida por otra institución?.....7
  - ¿Otra?.....8
- (Especifique)

**106A. ¿DESDE QUE AÑO VIVEN EN ESTA VIVIENDA?**

- Hasta el 2004.....1
- A PARTIR DEL AÑO:**
- 2005.....2      2012.....9
- 2006.....3      2013.....10
- 2007.....4      2014.....11
- 2008.....5      2015.....12
- 2009.....6      2016.....13
- 2010.....7      2017.....14
- 2011.....8

**107. ¿LA VIVIENDA CUENTA CON ALGÚN DOCUMENTO QUE ACREDITE LA PROPIEDAD?**

- Sí.....1
- No.....2
- NO SABE.....3

**107A. ¿QUÉ TIPO DE DOCUMENTO ACREDITA EL DERECHO DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA?**

- Título de Propiedad.....1
  - Sentencia Judicial.....2
  - Escritura Pública.....3
  - Contrato de Compra-Venta.....4
  - Minuta.....5
  - Documento de Posesión.....6
  - Otro.....7
- (Especifique)

**107B. ¿QUÉ ENTIDAD O AUTORIDAD LE EMITIÓ EL/LA.....?**

- COFOPRI.....1
  - Municipalidad.....2
  - Juez/a.....3
  - Notaría.....4
  - Otro.....5
  - NINGUNO.....6
- (Especifique)

**107C. ¿EL/LA..... ESTÁ A NOMBRE DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR DE ESTA VIVIENDA?**

- Sí.....1
- No.....2

**108. ¿EL/LA..... DE ESTA VIVIENDA ESTÁ REGISTRADO EN LOS REGISTROS PÚBLICOS?**

- Sí ..... 1 → **Pase a 108A**
- No ..... 2
- NO SABE ..... 3 → **Pase a 109**

**A** Encuestador/a: Transcriba el código circulado en 107A

→ Si es igual a 1, 2 o 3 continúe con 108.1

→ Si es igual a 4, 5, 6 o 7, pase a 109

**108.1. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL CUAL NO REGISTRÓ EL/LA.....?**

- Desconocía que tenía que inscribirlo en los Registros Públicos ..... 1
- Los costos para tramitar son elevados ..... 2
- El trámite es engorroso ..... 3
- Los impuestos son elevados ..... 4
- Otro ..... 5
- (Especifique)
- Pase a 109**

**108A. LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA VIVIENDA, ¿ESTÁ REGISTRADA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS?**

- Sí ..... 1 → **Pase a 109**
- No ..... 2
- NO SABE ..... 3 → **Pase a 109**

**108B. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL CUAL NO REGISTRÓ LA CONSTRUCCIÓN?**

- Desconocía que tenía que inscribirlo en los Registros Públicos ..... 1
- Los costos para tramitar son elevados ..... 2
- El trámite es engorroso ..... 3
- Los impuestos son elevados ..... 4
- Otro ..... 5
- (Especifique)

**ELECTRIFICACIÓN**

**109. ¿LA VIVIENDA TIENE ENERGÍA ELÉCTRICA MEDIANTE RED PÚBLICA?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → **Pase a 112**

**110A. ¿LA VIVIENDA TIENE ACCESO AL SERVICIO DE ENERGÍA ELÉCTRICA POR RED PÚBLICA TODOS LOS DÍAS DE LA SEMANA?**

- Sí ..... 1 → A) ¿Cuántas horas al día?
- No ..... 2 → B) ¿Cuántos días a la semana tiene este servicio?
- ↓
- C) ¿Cuántas horas al día?

**111A. EL MES ANTERIOR....., LA VIVIENDA ¿HA TENIDO INTERRUPCIONES O CORTES EN LA ENERGÍA ELÉCTRICA? (No Incluya los cortes por falta de pago)**

Sí ..... 1 → A) ¿Cuántas interrupciones o cortes tuvo en el mes anterior.....?

No ..... 2

↓

B) ¿Cuánto tiempo duró la última interrupción o corte?

HORAS	MINUTOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**OBSERVACIONES:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

PERSONA N°:

NOMBRE:

**SEGURIDAD CIUDADANA (Jefe/a del hogar principal)**

<b>112.</b> EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE.....A....., ¿HAN SIDO VÍCTIMAS DE:	<b>113.</b> EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE ..... A ..... ¿CUÁNTAS VECES FUERON VÍCTIMAS DE:	<b>113A.</b> DE ESTAS ..... VECES ¿CUÁNTAS FUERON DENUNCI- DAS?	<b>113B.</b> DE ESTAS .....¿CUÁNTAS FUERON DENUNCIADAS EN:				Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa					
			La Comisaría (Policía Nacional del Perú)? ..... 1 El Ministerio Público o Fiscalía?.....2 Otro? ..... 3 (Especifique)				<b>117</b> ¿DENUNCIÓ EL:	<b>118</b> ¿DÓNDE REALIZÓ LA DENUNCIA DEL:				
Si todos son 2 pase a 122A		Si es 1 pase a 117	Si es 0 pase a 121				Si P113 es igual a P113A y P113B (una sola institución), pase a P119.				Pase a 121	
		N° DE VECES		N° DE VECES								
		SÍ NO	N° DE VECES	N° DE VECES	PNP	MP/F	OTRO	ESPECIFIQUE	SÍ NO	CÓDIGO		
1. Robo en la vivienda?		1 2							1 2			
2. Intento de robo en la vivienda?		1 2							1 2			

**Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa**

<b>119.</b> QUÉ SUCEDIÓ CON LA DENUNCIA DEL:	<b>121.</b> ¿CUÁL FUE EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE NO REALIZÓ LA DENUNCIA DEL:	<b>115.</b> ¿EL DELINCUENTE O AGRESOR/A PORTABA ALGÚN ARMA (CUCHILLO, PISTOLA, PIEDRAS, PALOS, ETC.)?	<b>116.</b> ¿QUÉ TIPO DE ARMA PORTABA? (Anote uno o más códigos)	<b>121A.</b> ¿EN QUÉ MES SUCEDIÓ EL ..... :	<b>121B.</b> ¿EL/LA ..... OCURRIÓ UN:
Está en trámite .....1 No sucedió nada.....2 Recuperó sus bienes y se detuvo al delincuente .....3 Solo recuperó sus bienes .....4 Se detuvo al delincuente .....5 Otro ..... 6 (Especifique)	Por miedo a represalias del agresor/a ..... 1 Es una pérdida de tiempo ..... 2 Desconfía de la Policía ..... 3 No se consumó el hecho ..... 4 Delito de poca importancia.... 5 Desconoce al delincuente ..... 6 Otro ..... 7 (Especifique)	Pase a 121A	Armas de fuego de mano (revólver, pistola u otro) ..... 1 Armas de fuego largo (escopeta, rifle, ametralladora) . 2 Arma blanca (cuchillo, objeto punzo cortante) ..... 3 Objetos contundentes (palos, piedras, etc.) ..... 4 Otro ..... 5 (Especifique)	Día laborable de lunes a viernes? 1 Fin de semana? ..... 2 Día feriado? ..... 3 NO RECUERDA ..... 4 NO SABE..... 5	
CÓDIGO	CÓDIGO	SÍ NO NO SABE	CÓDIGO	MES	CÓDIGO
1. Robo en la vivienda?		1 2 3			
2. Intento de robo en la vivienda?		1 2 3			

**MEDIDAS ADOPTADAS POR LA COMUNIDAD ORGANIZADA**

**122A. EN SU ZONA O BARRIO, ¿SE HA ADOPTADO ALGUNA MEDIDA DE SEGURIDAD PARA PREVENIR LA DELINCUENCIA, COMO:**

1. Sistema de vigilancia a través de video cámaras? 2. Vigilante particular? 3. Sistema de alarma comunitaria? 4. Sistema de control de acceso a personas ajenas al lugar? 5. Junta vecinal con fines de velar por la seguridad? 6. Otra? _____ _____ (Especifique)	SÍ NO NO SABE	<b>122B. ¿DESDE QUÉ                  AÑO CUENTAN                  CON EL/LA:</b>	<b>122C. ¿ESTA MEDIDA LA TOMÓ                  O SE INSTALÓ DURANTE                  LOS ÚLTIMOS 12 MESES                  DE..... A .....?</b>
	AÑO	SÍ NO	
	1 2 3		1 2
	1 2 3		1 2
	1 2 3		1 2
	1 2 3		1 2
	1 2 3		1 2
	1 2		1 2

Si el año registrado es igual o menor al 2015, pase a siguiente ítem



## DATOS DEL HOGAR (Jefe/a del hogar)

	SANEAMIENTO BÁSICO
<p><b>127. EL TIPO DE ALUMBRADO QUE USA SU HOGAR ES:</b> (Circule uno o más códigos)</p> <p>¿Electricidad? .....1                      ¿Petróleo / Gas (lámpara)? .....2                      ¿Vela? .....3                      ¿Generador? .....4                      ¿Panel solar? .....5                      ¿Otro? ..... 6                      (Especifique)</p>	<p><b>129A. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU HOGAR, PROCEDE DE:</b></p> <p>¿Red pública dentro de la vivienda? ... 1 }                      ¿Red pública fuera de la vivienda, pero }                      dentro de la edificación? ..... 2 }                      ¿Pilón de uso público? ..... 3 } <b>129B. ¿EL AGUA ES POTABLE?</b>                      Sí.....1                      No.....2</p> <p>¿Camión-cisterna u otro similar? ..... 4 }                      ¿Pozo? ..... 5 }                      ¿Río, acequia, manantial o similar? ..... 6 }                      ¿Otro? ..... 7 }                      (Especifique)</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">Pase a 129D</p>
<p><b>128. LA ENERGÍA O COMBUSTIBLE QUE MÁS USA SU HOGAR PARA COCINAR LOS ALIMENTOS ES:</b></p> <p>¿Electricidad? .....1                      ¿Gas propano? .....2                      ¿Gas natural? .....3                      ¿Carbón? .....4                      ¿Leña? .....5                      ¿Bosta o estiércol? .....6                      ¿Otro? ..... 7                      (Especifique)</p> <p>NO COCINAN .....8</p>	<p><b>130. ¿EL HOGAR TIENE ACCESO AL SERVICIO DE AGUA TODOS LOS DÍAS DE LA SEMANA?</b></p> <p>Sí .....1 → A) ¿Cuántas horas al día? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>No .....2 → B) ¿Cuántos días a la semana tiene este servicio? <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>C) ¿Cuántas horas al día? <input style="width: 40px;" type="text"/></p>

**PERSONA N°:**

**NOMBRE:**

### EVALUACIÓN DE HOGARES CON AGUA SEGURA

**ENCUESTADOR/A:** A continuación, solicite al informante, permiso para tomar una muestra del agua que se consume en el hogar con la finalidad de realizar la evaluación del Nivel de Cloro Residual Libre en la Muestra de Agua del Hogar. Para realizar la prueba tenga cuidado de obtener la muestra de **AGUA REPRESENTATIVA** del lugar donde el hogar acumula o se suministra el agua. Por lo tanto, procederá a:

- Tomar la muestra del grifo o caño en el caso de que el hogar cuente con servicio de red pública y consuma directamente del lugar de suministro.
- Tomar la muestra del **DEPÓSITO Y/O RECIPIENTE DEL CUAL EL HOGAR CONSUME EL AGUA**, en los hogares que no cuenten con red pública o aquellos que a pesar de tener red pública; por algún motivo acumulen el agua que va a consumir el hogar.

**129D. RESULTADO OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN LA MUESTRA DE AGUA DEL HOGAR**

LECTURA DEL DISCO	
ENTERO	DECIMAL

### EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA DE AGUA (Para ser diligenciado por el funcionario de la encuesta)

**134. ¿FRECUENTEMENTE ALMACENA EL AGUA PARA CONSUMO?**

Sí..... 1    No..... 2

**129E. LA MUESTRA DE AGUA FUE EXTRAÍDA POR:**

El funcionario de la encuesta .....1  
 El informante .....2

**129F. LA MUESTRA DEL AGUA PARA SU CONSUMO SE EXTRAJO DEL:**

¿Grifo o caño? ..... 1  
 ¿Cilindro de metal? .....2  
 ¿Balde o batea de plástico? .....3  
 ¿Tanque (sin filtro)? .....4  
 ¿Tanque (con filtro)? .....5  
 ¿Bidón, botella, etc.? .....6  
 ¿Otro? ..... 7  
 (Especifique)

**DISPOSICIÓN DE EXCRETAS**

**142. EL BAÑO O SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE SU HOGAR, ESTÁ CONECTADO A:**

- ¿Red pública de desagüe dentro de la vivienda?.....1
- ¿Red pública de desagüe fuera de la vivienda, pero dentro de la edificación? .....2
- ¿Letrina? .....3
- ¿Pozo séptico? .....4
- ¿Pozo ciego o negro?.....5
- ¿Río, acequia o canal? .....6
- NO TIENE .....7

Pase a 172

Realice la Obs. Directa

Pase a 172

**OBSERVACIÓN DIRECTA**

**DETERMINACIÓN DEL TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS**

**143. ACCEDIÓ A LA OBSERVACIÓN:**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → Pase a 172

**144. TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS:**

- Arrastre hidráulico ..... 1
- Hoyo seco .....2
- Compostera seca..... 3
- Compostera húmeda ..... 4

**OBSERVACIÓN DIRECTA**

**145. LOS COMPONENTES DEL TIPO DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS DETERMINADO EN LA PREGUNTA 144 SON:**

COMPONENTES	Circule el código determinado en 144			
	Arrastre hidráulico 1	Hoyo Seco 2	Compostera seca 3	Compostera húmeda 4
1. Hoyo o pozo		1		
2. Tanque séptico/Biodigestor	2			
3. Cámara			3	3
4. Losa	4	4	4	4
5. Aparato sanitario	5	5	5	5
6. Caseta	6	6	6	6
7. Tubo de ventilación	7	7	7	7

**146. RESULTADO DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA:**

- Letrina..... 3
- Pozo séptico ..... 4
- Pozo ciego o negro..... 5

*Si en la pregunta 145 tiene circulado todos los componentes del tipo de disposición de excretas determinado, circule el código 3 en pregunta 146.*

*Caso contrario, determinar con el informante si se trata de un pozo séptico o pozo ciego o negro y circule el código correspondiente.*

**GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS**

**172. ¿EL HOGAR CUENTA CON EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN DOMICILIARIO DE BASURA (RESIDUOS SÓLIDOS)?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → Pase a 173A

**173. LA FRECUENCIA DEL SERVICIO DE RECOLECCIÓN DOMICILIARIO DE BASURA ES:**

- ¿Diaria?..... 1
- ¿Interdiaria?.....2
- ¿Semanal? .....3
- ¿Quincenal? ... 4
- ¿Mensual? .....5
- ¿Otra? .....6  
(Especifique)

**OBSERVACIONES:**


**173A. ¿DÓNDE DESECHA (BOTA O DISPONE) LOS/LAS ...**

	CÓDIGO (Circule uno o más códigos)												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
En la calle o vía pública.....	1											Regala .....	7
Espera y entrega al recolector de basura.	2											Contenedor comunal.....	8
Quema.....	3											Contenedor especial.....	9
En un botadero a cielo abierto .....	4											Otro .....	10
Vende .....	5											(Especifique)	
Lo utiliza para alimentar a sus animales...	6											NO LO DESECHA .....	11

1. Aparatos electrónicos o eléctricos (control remoto, celulares, televisor, computadora, focos, fluorescentes, etc.)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
2. Pilas, baterías?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
3. Botellas, envases de plástico y bolsas plásticas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
4. Botellas y envases de vidrio?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
5. Papel, cartón y envases de cartón?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
6. Metal y envases de lata?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
7. Prendas de vestir y textiles?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
8. Madera (muebles, armarios, estanterías)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11
9. Residuos orgánicos (plantas, restos de comida, cáscaras de fruta, cáscaras de huevo, huesos, etc.)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 _____ (Especifique)	11

**175A. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR SEPARA LAS PILAS, BATERÍAS, PLÁSTICOS, CARTÓN, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS?**

Sí..... 1                      No ..... 2 → **Pase a 175C**

**175B. ¿EN SU HOGAR EN QUE GRUPOS SEPARA LA BASURA (RESIDUOS SÓLIDOS)?**

	Grupo / Bolsa								NO SEPARA
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. Restos de comida, cáscara de fruta, de huevo, huesos, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	8
2. Botellas y envases de plástico	1	2	3	4	5	6	7	8	8
3. Botellas y envases de vidrio	1	2	3	4	5	6	7	8	8
4. Papel, cartón y envases de cartón	1	2	3	4	5	6	7	8	8
5. Metal, envases de lata	1	2	3	4	5	6	7	8	8
6. Pilas, baterías	1	2	3	4	5	6	7	8	8
7. Otros _____ (Especifique)	1	2	3	4	5	6	7	8	8

**Pase a 175D**

**175C. EN SU HOGAR, ¿ESTARÍAN DISPUESTOS A SEPARAR LOS RESIDUOS ORGÁNICOS COMO, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS; LOS RESIDUOS INORGÁNICOS COMO, PLÁSTICOS, CARTÓN Y LOS RESIDUOS TÓXICOS COMO, BATERÍAS, PILAS, ETC.?**

Sí..... 1                      No ..... 2

**175D. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR HA SIDO CAPACITADO PARA SEPARAR LOS RESIDUOS ORGÁNICOS COMO, RESTOS DE COMIDA, VERDURAS; LOS RESIDUOS INORGÁNICOS COMO, PLÁSTICOS, CARTÓN Y LOS RESIDUOS TÓXICOS COMO, BATERÍAS, PILAS, ETC.?**

Sí..... 1                      No ..... 2 → **Pase a 179**

**175E. ¿QUÉ INSTITUCIÓN, ORGANISMO O ENTIDAD LO CAPACITÓ? (Circule uno o más códigos)**

Municipalidad .....	1	Organismo no gubernamental ONG .....	5
Empresas Comercializadoras de Residuos Sólidos.....	2	Ministerio de Salud MINSA.....	6
Recicladores Formalizados y Acreditados por la Municipalidad.....	3	Otra .....	7
Recicladores Informales.....	4	(Especifique)	



201. N° DE ORD.	202. ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR Y LAS QUE ESTÁN ALOJADAS AQUÍ?  (NO OLVIDE REGISTRAR A LOS MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES Y RECIÉN NACIDOS)		203. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL JEFE/A DEL HOGAR?		NÚCLEOS FAMILIARES		204. ¿ES MIEMBRO DEL HOGAR?		205. ¿SE ENCUENTRA AUSENTE DEL HOGAR 6 MESES O MÁS?		206. ¿ESTÁ PRESENTE EN EL HOGAR 6 MESES O MÁS?		207. SEXO		208. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?		PARA 12 Y MÁS AÑOS DE EDAD		DETERMINACIÓN DE INFORMANTES		
			203A. N° DE NÚCLEO FAMILIAR		203B. RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL JEFE/A DEL NÚCLEO FAMILIAR		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	H	M	AÑOS	MESES	CÓDIGO	217. FECHA DE NACIMIENTO		CAP. 800A  217A. PERSONA SELECCIONADA	CAP. 1000  218. PERSONA SELECCIONADA
			212. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL?  Conviviente .....1 Casado/a .....2 Viudo/a .....3 Divorciado/a .....4 Separado/a .....5 Soltero/a .....6		DÍA	MES												14 AÑOS A MÁS	18 AÑOS A MÁS		
	NOMBRE	APELLIDO	CÓDIGO	N°	CÓDIGO																
1						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
2						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
3						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
4						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
5						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
6						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
7						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
8						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
9						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
10						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
11						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
12						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
13						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1
14						1	2	1	2	1	2	1	2							1	1

10

Pase a 206

Pase a 207

Concluya con esta persona

Solo para menores de 1 año

ENCUESTADOR/A TENGA PRESENTE LO SIGUIENTE: Para toda persona que tiene circulado el código 1(SÍ) en 204 y el código 1(SÍ) en 205, concluya la entrevista en 212.

OBSERVACIONES:

**300. IDENTIDAD, DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN,  
AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD**  
(Para todas las edades)

**PERSONA N°:**  **NOMBRE:**  **AÑOS:**  **MESES:**  **INFORMANTE N°:**

IDENTIDAD																						
<p><b>300.1. ¿TIENE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)?</b></p> <p>Sí..... 1 → <b>Pase a 300.3</b></p> <p>No..... 2</p> <p>NO SABE..... 3</p>	<p><b>300.5. ¿LA DIRECCIÓN DE SU VIVIENDA ESTA ACTUALIZADA EN SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI)?</b></p> <p>Sí..... 1 No .....2 NO SABE .....3</p>																					
<p><b>300.2. ¿EL NACIMIENTO DE ..... FUE INSCRITO EN EL REGISTRO CIVIL? (MUNICIPALIDAD O RENIEC):</b></p> <p>Sí..... 1 No..... 2 NO SABE .....3</p> <p align="center"><b>Pase a 300A</b></p>	<p align="center"><b>DISCAPACIDAD</b></p> <p>A continuación le haré algunas preguntas para saber si usted presenta alguna limitación o dificultad <b>PERMANENTE</b>, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.</p>																					
<p><b>300.3. ¿SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI) PRESENTA ERRORES?</b></p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 } <b>Pase a 300.5</b></p> <p>NO SABE..... 3</p>	<p><b>300A. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Ver, aun usando anteojos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. Hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otro?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4. Oír, aun usando audífonos?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>5. Entender o aprender, concentrarse y recordar?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2	2. Ver, aun usando anteojos?	1	2	3. Hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otro?	1	2	4. Oír, aun usando audífonos?	1	2	5. Entender o aprender, concentrarse y recordar?	1	2	6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2
	SÍ	NO																				
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2																				
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2																				
3. Hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de señas u otro?	1	2																				
4. Oír, aun usando audífonos?	1	2																				
5. Entender o aprender, concentrarse y recordar?	1	2																				
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2																				
<p><b>300.4. EL ERROR QUE PRESENTA SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI) ES EN:</b> (Circule uno o más códigos)</p> <p>¿Nombres?..... 1</p> <p>¿Apellidos?..... 2</p> <p>¿Fecha de nacimiento?..... 3</p> <p>¿Otro?..... 4 (Especifique)</p>																						

**EMERGENCIAS MÉDICAS**

Emergencia médica es aquella situación de salud imprevista que pone en riesgo la vida de la persona al no ser atendida inmediatamente.

<p><b>300D. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A.....¿USTED PRESENTÓ ALGÚN:</b></p>	<p>→</p>	<p><b>300E. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A.....¿CUÁNTAS VECES USTED PRESENTÓ ALGÚN:</b></p>	<p align="center"><b>Para el problema de salud o accidente que considere más grave</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p><b>300F. ¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL..... (Circule uno o más códigos)</b></p> <p>Bomberos .....1 ESSALUD.....5</p> <p>Seguro Privado .....2 Clínica.....6</p> <p>SAMU .....3 Curandero .....7</p> <p>Ministerio de Salud ..4 Otro .....8 (Especifique)</p> <p>ACUDIÓ POR CUENTA PROPIA .....9</p> <p>RECIBIÓ ORIENTACIÓN POR TELÉFONO. 10</p> <p>LLAMÓ Y NO ACUDIERON..... 11</p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p><b>300G. EL..... ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?</b></p> </td> </tr> </table>	<p><b>300F. ¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL..... (Circule uno o más códigos)</b></p> <p>Bomberos .....1 ESSALUD.....5</p> <p>Seguro Privado .....2 Clínica.....6</p> <p>SAMU .....3 Curandero .....7</p> <p>Ministerio de Salud ..4 Otro .....8 (Especifique)</p> <p>ACUDIÓ POR CUENTA PROPIA .....9</p> <p>RECIBIÓ ORIENTACIÓN POR TELÉFONO. 10</p> <p>LLAMÓ Y NO ACUDIERON..... 11</p>	<p><b>300G. EL..... ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?</b></p>																			
<p><b>300F. ¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL..... (Circule uno o más códigos)</b></p> <p>Bomberos .....1 ESSALUD.....5</p> <p>Seguro Privado .....2 Clínica.....6</p> <p>SAMU .....3 Curandero .....7</p> <p>Ministerio de Salud ..4 Otro .....8 (Especifique)</p> <p>ACUDIÓ POR CUENTA PROPIA .....9</p> <p>RECIBIÓ ORIENTACIÓN POR TELÉFONO. 10</p> <p>LLAMÓ Y NO ACUDIERON..... 11</p>	<p><b>300G. EL..... ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?</b></p>																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Accidente, que requería atención médica inmediata?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. Otro?..... (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	1	2	2. Accidente, que requería atención médica inmediata?	1	2	3. Otro?..... (Especifique)	1	2	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N° DE VECES</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	N° DE VECES			CÓDIGO		
	SÍ	NO																						
1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	1	2																						
2. Accidente, que requería atención médica inmediata?	1	2																						
3. Otro?..... (Especifique)	1	2																						
	SÍ	NO																						
N° DE VECES																								
CÓDIGO																								
<p><b>Si todos son NO pase a 300B</b></p>																								

**OBSERVACIONES:**

**PROGRAMAS SOCIALES**

**300B. ¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL:**

	SÍ	NO
<b>De 0 a 17 años de edad</b>		
1. Desayuno escolar Qali Warma?	1	2
2. Almuerzo escolar Qali Warma?	1	2
3. Guardería Cuna Más/ Wawa Wasi?	1	2
4. Acompañamiento a familias Cuna Más?	1	2
<b>De 16 a 24 años de edad</b>		
5. Beca 18?	1	2
<b>De 65 y más años de edad</b>		
6. Pensión 65?	1	2
<b>Para todas las edades</b>		
7. Comedor popular?	1	2
8. Vaso de leche?	1	2
9. JUNTOS?	1	2
10. Seguro integral de salud (SIS)?	1	2
11. Otro? _____ (Especifique)	1	2



**IDIOMA QUE APRENDIÓ EN SU NIÑEZ  
(Para personas de 3 y más años de edad)**

**300C. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA QUE APRENDIÓ EN SU NIÑEZ:**

- Quechua? ..... 1
- Aymara? ..... 2
- Asháninka? ..... 3
- Awajún - Aguaruna? ..... 4
- Shipibo - Conibo? ..... 5
- Shawi/Chayahuita? ..... 6
- Matsigenka/Machiguenga? ..... 7
- Achuar? ..... 8
- Otra lengua nativa? \_\_\_\_\_ 9  
(Especifique)
- Castellano? ..... 10
- Portugués? ..... 11
- Otra lengua extranjera? \_\_\_\_\_ 12  
(Especifique)
- ES SORDOMUDO/A O MUDO/A ..... 13

**OBSERVACIONES:**

---



---



---

**EDUCACIÓN**

**301A. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?**

	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	
			ESTATAL	NO ESTATAL
Sin nivel .....1				
Educación inicial .....2			1	2
Primaria incompleta ...3			1	2
Primaria completa. ....4			1	2
Secund. incompleta .5			1	2
Secund. completa ...6			1	2
Sup. no universitaria incompleta .....7			1	2
Sup. no universitaria completa .....8			1	2
Sup. universitaria incompleta .....9			1	2
Sup. universitaria completa .....10			1	2
Postgrado .....11			1	2

**Pase a 305**

**Pase a 319**

**302. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?**

Respuesta espontánea	Para todas las personas de 15 y más años de edad			
	Respuesta con cartilla de lectura		No se aplicó cartilla	
	SÍ	NO		
Sí.....	1			
No.....	2	1	2	3

**305. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGUNA INSTITUCIÓN O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA (INICIAL, PRIMARIA O SECUNDARIA)?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 → **Pase a 319**

**306. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?**

	AÑO	GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	
			ESTATAL	NO ESTATAL
Inicial .....1			1	2
Primaria .....2			1	2
Secundaria...3			1	2

**ETNICIDAD**

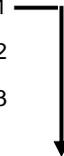
(Solo para personas de 14 y más años de edad)

**319. POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS  
¿USTED SE SIENTE O SE CONSIDERA:**

- Quechua? ..... 1
- Aymara? ..... 2
- Nativo o Indígena  
de la Amazonía? ..... 3  
(Especifique)
- Pertenece o parte de otro  
Pueblo indígena u originario? ..... 4  
(Especifique)
- Negro / Mulato / Zambo / Afro peruano? ..... 5
- Blanco? ..... 6
- Mestizo? ..... 7
- Otro? ..... 8  
(Especifique)
- NO SABE ..... 9

**320. ¿USTED PERTENECE O SE CONSIDERA PARTE  
DE UN PUEBLO INDÍGENA?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NO SABE ..... 3



**320A. ¿A qué pueblo indígena pertenece?**  
.....  
(Especifique)

**PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD**

A continuación le hare una pregunta a usted sobre su percepción de inseguridad.

**321. EN LOS PRÓXIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CREE USTED QUE PODRÍA SER VÍCTIMA DE ALGÚN HECHO DELICTIVO?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NO SABE ..... 3

**“Mi Perú es maravilloso.  
Tiene ríos, lagos, lagunas,  
montañas, plantas y muchos  
animales. Su clima es variado  
según sus regiones”.**

OBSERVACIONES:


## 500. TELECOMUNICACIÓN (Para personas de 12 y más años de edad)

### INTERNET

**PERSONA N°:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**INFORMANTE N°:** \_\_\_\_\_

**502. EL MES ANTERIOR....., ¿HA UTILIZADO EL SERVICIO DE INTERNET?**

Sí ..... 1

No ..... 2 →

Pase a 530

**507. EL MES ANTERIOR ..... , ¿EL SERVICIO DE INTERNET LO USÓ PARA:**  
(Circule uno o más códigos)

Comunicación social / familiar (e-mail, chat, facebook, etc.)? ..... 1

Búsqueda de ofertas laborales? ..... 7

Actividades de capacitación o estudio? ..... 2

Transacciones bancarias y comerciales? ..... 8

Actividades de trabajo o negocio? ..... 3

Búsqueda de tareas escolares para familiar? ..... 9

Búsqueda de información de trámites en entidades públicas (SUNAT, RENIEC, etc.)? ..... 4

Búsqueda de información en medios de comunicación? ..... 10

Búsqueda de información de mercados (productos, insumos, etc.)? ..... 5

Otro? \_\_\_\_\_ 11  
(Especifique)

Entretenimiento (juegos de video, obtener películas, música, etc.)? ..... 6

**507A. EL MES ANTERIOR ..... , ¿EL SERVICIO DE INTERNET LO USÓ A TRAVÉS DE UNA/UN:**  
(Circule uno o más códigos)

**507B. EL SERVICIO DE INTERNET, QUE USÓ EN EL/LA....., ¿ERA:**  
(Circule uno o más códigos)

Del centro de trabajo? ..... 1 Otro? \_\_\_\_\_ 7

Del hogar? ..... 2 (Especifique)

Del centro de estudios? ..... 3 Teléfono celular sin plan de datos? ..... 8

De la cabina pública? ..... 4 Teléfono celular con plan de datos? ..... 9

De la casa de familiares o amigos/as?... 5 Módem – USB? ..... 10

De un lugar público? ..... 6

	SÍ NO		CÓDIGO									
	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Laptop?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Computadora?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Celular?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Tablet?	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Otro? _____ (Especifique)	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**B.**

Verifique la pregunta **507B**

De haber circulado el código 2 o códigos 8, 9 o 10 →

Continúe con **510A**

De no haber circulado el código 2 o códigos 8, 9 o 10 →

Pase a **530**

**SOLO CUANDO EL SERVICIO DE INTERNET ES EXCLUSIVO DEL HOGAR O DE UN TELÉFONO CELULAR CON O SIN PLAN DE DATOS O MODEM-USB**

**510A. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A SE ENCUENTRA CON EL SERVICIO DE INTERNET QUE LE BRINDA LA EMPRESA:**

Muy insatisfecho/a? ..... 1

Insatisfecho/a? ..... 2

Satisfecho/a? ..... 3

Muy satisfecho/a? ..... 4

Pase a 530

**510B. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE SE SIENTE..... CON EL SERVICIO DE INTERNET QUE LE BRINDA LA EMPRESA?**

Servicio lento ..... 1

Las tarifas altas ..... 2

Interrupciones (se cae la red) ..... 3

Otro \_\_\_\_\_ 4

(Especifique)

**TELEFONÍA CELULAR**

**530. EL MES ANTERIOR....., ¿UTILIZÓ EL TELÉFONO CELULAR?**

Sí.....1

No .....2 →

**Pase a Cap. 600 o siguiente persona**

**531. EL MES ANTERIOR....., ¿EL TELÉFONO CELULAR QUE UTILIZÓ ERA: (Circule uno o más códigos)**

Alquilado (chalequero)? ..... 1

Propio? ..... 2

De familiar o amigo/a?..... 3

De su centro de trabajo? ..... 4

Otro? ..... 5

(Especifique)

**C**

Verifique la pregunta 531

De haber circulado el código 2 → Continúe con 537A

De no haber circulado el código 2 → Pase a Cap.600 o siguiente persona

**SOLO CUANDO EL CELULAR ES PROPIO**

**537A. ¿QUÉ EMPRESA/S LE BRINDA/N EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL: (Circule uno o más códigos)**

**537B. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A SE ENCUENTRA CON EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL QUE LE BRINDA LA EMPRESA...:**

Muy insatisfecho? .1

Insatisfecho? .....2

Satisfecho? .....3

Muy satisfecho? ....4

**Pase a Cap. 600 o siguiente persona**

**537C. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE SE SIENTE..... CON EL SERVICIO DE TELEFONÍA MÓVIL QUE LE BRINDA LA EMPRESA ... :**

Interrupciones en plena llamada ..... 1

No se escucha bien / No me escuchan bien ..... 2

Tarifas altas ..... 3

Tienen que movilizarse para encontrar señal ..... 4

Problemas al momento de realizar la recarga de saldo ..... 5

Mensajes de texto no deseados de su operador / Promociones ..... 6

Cobros no autorizados (cobros automáticos aceptados por poca información) ..... 7

Otro ..... 8

(Especifique)

	SÍ NO		CÓDIGO				CÓDIGO							
	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
1. MOVISTAR?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
2. CLARO?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
3. ENTEL (NEXTEL)?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
4. BITEL?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
5. VIRGIN?	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Otro? _____ (Especifique)	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8

**OBSERVACIONES:**




## 600. SEGURIDAD CIUDADANA (Para personas de 14 y más años de edad)

**PERSONA N°:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**INFORMANTE N°:** \_\_\_\_\_

### VICTIMIZACIÓN

Para el hecho delictivo que considere más grave en cada alternativa

<p style="text-align: center;"><b>601.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿USTED HA SIDO VÍCTIMA DE:</b></p> <p>Sí..... 1 No..... 2 NO TIENE..... 3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Transcriba solo los códigos 1</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>602A.</b></p> <p style="text-align: center;">¿EN QUÉ LUGAR SUCEDIÓ EL .....</p> <p>NO SABE..... 1 Dirección de la vivienda..... 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Pase a 604</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>602B.</b></p> <p style="text-align: center;">¿EN QUÉ DEPARTAMENTO SUCEDIÓ EL .....</p> <p>NO SABE..... 1</p>	<p style="text-align: center;"><b>602C.</b></p> <p style="text-align: center;">¿EN QUÉ PROVINCIA SUCEDIÓ EL .....</p> <p>NO SABE..... 1</p>	<p style="text-align: center;"><b>602D.</b></p> <p style="text-align: center;">EL/LAS ..... ¿EN QUÉ DISTRITO OCURRIÓ?</p> <p>En el mismo distrito..... 1 En otro distrito..... 2 (Especifique) NO SABE..... 3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Pase a 604</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>603A.</b></p> <p style="text-align: center;">¿EL/LAS OCURRIÓ EN LA ZONA O BARRIO DONDE VIVE ACTUAL- MENTE?</p> <p>Sí..... 1 No..... 2 NO SABE..... 3</p>	<p style="text-align: center;"><b>604.</b></p> <p style="text-align: center;">¿EL/LA DELINCUENTE O AGRESOR/A PORTABA ALGÚN ARMA (CUCHILLO, PISTOLA, PIEDRAS, PALOS, ETC.)?</p> <p>Sí..... 1 No..... 2 NO SABE..... 3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Pase a 610A</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>605.</b></p> <p style="text-align: center;">¿QUÉ TIPO DE ARMA PORTABA? (Anote uno o más códigos)</p> <p>Arma de fuego de mano (revólver, pistola u otro)..... 1 Arma de fuego largo (escopeta, rifle, ametralladora)..... 2 Arma blanca (cuchillo, objeto punzo cortante)..... 3 Objetos contundentes (palos, piedras, etc.)..... 4 Otro..... 5 (Especifique)</p>	<p style="text-align: center;"><b>610A.</b></p> <p style="text-align: center;">¿EN QUÉ MES SUCEDIÓ EL/LAS ..... :</p> <p>NO SABE..... 13</p>	<p style="text-align: center;"><b>610C.</b></p> <p style="text-align: center;">¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA SUCEDIÓ EL/LAS:</p> <p>Mañana..... 1 Tarde..... 2 Noche..... 3 Madrugada..... 4 NO RECUERDA..... 5</p>	<p style="text-align: center;"><b>610D.</b></p> <p style="text-align: center;">¿EL/LA ..... OCURRIÓ UN:</p> <p>Día laborable de lunes a viernes?..... 1 Fin de semana?..... 2 Día feriado?..... 3 NO RECUERDA..... 4 NO SABE..... 5</p>	
	CÓD.	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	MES	CÓDIGO	CÓDIGO
1. Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?											
2. Intento de robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?											
3A. Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?											
3B. Intento de robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?											
4A. Robo de motocicleta/ mototaxi?											
4B. Intento de robo de motocicleta/ mototaxi?											
5A. Robo de bicicleta?											
5B. Intento de robo de bicicleta?											
6A. Robo de dinero, cartera, celular, etc.?											
6B. Intento de robo de dinero, cartera, celular, etc.?											
7. Amenazas e intimidaciones?											
8. Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar?											
9. Ofensas sexuales (acoso, abuso, violación, etc.)?											
10. Secuestro?											
11. Intento de secuestro?											
12. Extorsión?											
12A. Intento de extorsión?											
13. Estafa?											
14. Robo de negocio?											
15. Otro? _____ (Especifique)											

## 600. SEGURIDAD CIUDADANA (Para personas de 14 y más años de edad)

### PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD

**611. EN LOS PRÓXIMOS 12 MESES, DE..... A....., ¿CREE USTED QUE PUEDE SER VÍCTIMA DE:**

	SÍ	NO	NO TIENE		SÍ	NO	NO TIENE
1. Robo a su vivienda?	1	2	3	8. Maltrato físico y/o psicológico de algún miembro de su hogar?	1	2	3
2. Robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)?	1	2	3	9. Ofensas sexuales (acoso, abuso, violación, etc.)?	1	2	3
3. Robo de autopartes del vehículo automotor (faros, llantas, aros, etc.)?	1	2	3	10. Secuestro?	1	2	3
4. Robo de motocicleta o mototaxi?	1	2	3	11. Extorsión?	1	2	3
5. Robo de bicicleta?	1	2	3	12. Estafa?	1	2	3
6. Robo de dinero, cartera, celular, etc.?	1	2	3	13. Robo del negocio?	1	2	3
7. Amenazas e intimidaciones?	1	2	3	14. Otro? _____ (Especifique)	1	2	3

**611A. CUANDO USTED CAMINA DE NOCHE EN SU ZONA O BARRIO, ¿SE SIENTE:**

Muy inseguro? ..... 1    Inseguro? ..... 2    Seguro? ..... 3    Muy seguro? ..... 4

### CONTROL Y PREVENCIÓN DE DELITOS

**612. EN SU ZONA O BARRIO EXISTE VIGILANCIA DE:**

	612. EN SU ZONA O BARRIO EXISTE VIGILANCIA DE:			613. ¿CÓMO CALIFICA USTED LA VIGILANCIA DE:					613A. EL MES ANTERIOR..... EN SU ZONA O BARRIO HA NOTADO LA PRESENCIA DE:	
	SÍ	NO	NO SABE	Muy mala?	Mala?	Buena?	Muy buena?	NO SABE	SÍ	NO
1. ¿La Policía Nacional del Perú?	1	2	3	1	2	4	5	6	1	2
2. ¿El Serenazgo?	1	2	3	1	2	4	5	6	1	2
3. ¿La Policía Nacional del Perú y el Serenazgo en conjunto (patrullaje integrado)?	1	2	3	1	2	4	5	6	1	2

### CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES

**617. EN CUANTO A LA SEGURIDAD CIUDADANA, ¿QUÉ TANTA CONFIANZA LE INSPIRA:**

	Ninguna?	Poca?	Mucha?	NO SABE
1. La Policía Nacional del Perú	1	2	3	4
2. La Municipalidad del Distrito	1	2	3	4
3. El Poder Judicial	1	2	3	4
4. El Ministerio Público o Fiscalía	1	2	3	4

**618A. ¿CÓMO CALIFICA USTED EL DESEMPEÑO DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN RELACIÓN A:**

	Muy malo?	Malo?	Bueno?	Muy bueno?
1. Atender prontamente cuando ocurre un delito	4	3	2	1
2. Mantener la seguridad y tranquilidad pública	4	3	2	1
3. Informar a la comunidad sobre la prevención de delitos	4	3	2	1
4. Tratar a las personas sin distinción alguna	4	3	2	1

**618. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CÓMO CALIFICA USTED EL TRABAJO QUE HA REALIZADO LA COMISARÍA DE SU ZONA O BARRIO:**

Muy malo? ..... 1    Muy bueno? ..... 4  
 Malo? ..... 2    NO SABE ..... 5  
 Bueno? ..... 3

### PARTICIPACIÓN CIUDADANA

**619. DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES VECINALES DE SEGURIDAD CIUDADANA, ¿USTED PARTICIPA EN: (Circule uno o más códigos)**

- Junta Vecinal de Seguridad Ciudadana? ..... 1
- Red de Cooperantes para la Seguridad Ciudadana? ... 2
- Brigadas de Autoprotección Escolar (BAPES)? ..... 3
- Patrulla Juvenil? ..... 4
- Policía Escolar? ..... 5
- Otro? \_\_\_\_\_ 6  
(Especifique)
- NINGUNA ..... 7

### TENENCIA DE VEHÍCULO Y/O NEGOCIO

**620. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A..... ¿USTED TENÍA:**

	Propio?	Alquilado?	Prestado?	NO TENÍA
1. Vehículo automotor (auto, camioneta, etc.)	1	2	3	4
2. Motocicleta/ Mototaxi	1	2	3	4
3. Bicicleta	1	2	3	4
4. Negocio	1	2	3	4

**OBSERVACIONES:**



**700. SALUD**  
(Para personas de 14 y más años de edad)

**PERSONA N°:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**INFORMANTE N°:** \_\_\_\_\_

**DENGUE**

**701. EN SU OPINIÓN, ¿CÓMO SE TRANSMITE (CONTAGIA) EL DENGUE? (Circule uno o más códigos)**

- Por picadura del zancudo / Mosquito ..... 1
- Por beber agua con larvas / Huevos de zancudos.....2
- Por contacto persona a persona .....3
- Otro \_\_\_\_\_ 4  
(Especifique)
- NO SABE .....5 → **Pase a 705**

**702. DÍGAME USTED, ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL DENGUE? (Circule uno o más códigos)**

- Diarrea ..... 1
- Dolor de cabeza ..... 2
- Dolor de huesos y/o de articulaciones ..... 3
- Dolor de ojos ..... 4
- Dolor estomacal ..... 5
- Dolor muscular ..... 6
- Erupción cutánea ..... 7
- Escalofríos ..... 8
- Fiebre ..... 9
- Náuseas y/o vómitos ..... 10
- Sangrado..... 11
- Sueño o decaimiento ..... 12
- Sudoración ..... 13
- Otro \_\_\_\_\_ 14  
(Especifique)
- NO SABE .....15 → **Pase a 704**

**703. ¿QUÉ HARÍA USTED SI PRESENTA LOS SÍNTOMAS DEL DENGUE? (Circule uno o más códigos)**

- Acudir al establecimiento de salud..... 1
- Auto medicarse ..... 2
- Tomar abundante líquido ..... 3
- Tomar remedios caseros..... 4
- Otro \_\_\_\_\_ 5  
(Especifique)
- NO SABE ..... 6

**704. ¿QUÉ HARÍA USTED PARA PREVENIR EL DENGUE? (Circule uno o más códigos)**

- Desechar los recipientes u objetos que puedan contener (acumular) agua (llantas, latas, botellas, chapas, cáscaras de coco, etc.) ..... 1
- Eliminar el agua de lluvia acumulada en recipientes y charcos ..... 2
- Fumigar la vivienda..... 3
- Lavar y escobillar los recipientes donde almacena el agua ..... 4
- Tapar bien los recipientes donde almacena el agua..... 5
- Utilizar la motita con larvicida entregada por el personal de salud ..... 6
- Utilizar mosquiteros para protegerse de las picaduras ..... 7
- Cambiar el agua de los floreros ..... 8
- Otro \_\_\_\_\_ 9  
(Especifique)
- NO SABE ..... 10

**ARAÑA CASERA**

**705. CONSIDERA USTED QUE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES, ¿ES VENENOSA?**

- Sí ..... 1
  - No ..... 2
  - NO SABE ..... 3
- } **Pase a 710**

**706. DÍGAME USTED, ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE CAUSAN LA PICADURA O MORDEDURA DE LA ARAÑA CASERA O ARAÑA DE LOS RINCONES? (Circule uno o más códigos)**

- Ardor o sensación de lancetazo en el momento de la mordedura..... 1
- Dolor de cabeza..... 2
- Dolor en la zona de la mordedura..... 3
- Enrojecimiento en la zona de la mordedura..... 4
- Escalofrío, fiebre y sudoración..... 5
- Escozor en la zona de la mordedura ..... 6
- Hinchazón en la zona de la mordedura ..... 7
- Náuseas y/o vómitos..... 8
- Otro \_\_\_\_\_ 9  
(Especifique)
- NO SABE ..... 10 → **Pase a 708**











**900. ATENCIÓN DE INCENDIOS, MORTALIDAD Y EXPOSICIÓN A DESASTRES**  
(Jefe/a del hogar)

**INFORMANTE N°:**  **NOMBRE:**

**ATENCIÓN DE INCENDIOS**

**905. ¿CUÁL ES EL NÚMERO TELEFÓNICO DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS DE LOS BOMBEROS?**

Número de teléfono:

NO SABE ..... 1

**906A. EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS DEL 2014 AL 2016, DE LAS PERSONAS QUE VIVÍAN PERMANENTEMENTE EN SU HOGAR, ¿CUÁNTAS FALLECIERON POR ALGÚN:**

	N° DE PERSONAS	NINGUNA
1. Problema de salud, que requería atención médica inmediata?		1
2. Accidente, que requería atención médica inmediata?		1
3. Otro? _____ (Especifique)		1

**INFRAESTRUCTURA Y EXPOSICIÓN A DESASTRES**

**908. EN SU ZONA O BARRIO ¿EXISTEN:**

**909. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A..... ¿HAN REALIZADO MANTENIMIENTO PARA CONSERVAR EL BUEN ESTADO DE LAS/LOS.....**

	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
1. Parques?	1	2	3	1	2	3
2. Losas deportivas?	1	2	3	1	2	3
3. Mercados?	1	2	3	1	2	3
4. Centros comunales?	1	2	3	1	2	3
5. Pistas de concreto, asfaltadas?	1	2	3			
6. Pistas empedradas?	1	2	3			
7. Pistas de tierra, arena afirmada o enripiada?	1	2	3			
8. Veredas de concreto?	1	2	3			
9. Escaleras de concreto?	1	2	3			

**Si todos son NO o NO SABE pase a 910**

**910. SU VIVIENDA SE ENCUENTRA EXPUESTA A:**

	SÍ	NO
1. ¿Basurales, aguas estancadas?	1	2
2. ¿Inundaciones?	1	2
3. ¿Precipicios?	1	2
4. ¿Deslizamiento de tierras, derrumbes o avalanchas?	1	2
5. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2

**OBSERVACIONES:**





**PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**

**1005. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A..... USTED, ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA AL COMPRAR ALGÚN PRODUCTO O CONTRATAR UN SERVICIO?**

Sí..... 1

No ..... 2 →

**Concluya la entrevista**

**1006. ¿SOBRE QUÉ TIPO DE PRODUCTO O SERVICIO FUE SU PROBLEMA? (Circule uno o más códigos)**

- Servicios bancarios y financieros ..... 1
- Servicios de transporte aéreo y terrestre ..... 2
- Seguro privado de salud ..... 3
- Seguros privados de otro tipo (auto, de vivienda, etc.) ..... 4
- Equipos de telecomunicación..... 5
- Electrodomésticos y equipos de cómputo ..... 6
- Servicios educativos (privado) y artículos de educación..... 7
- Autos / Servicio automotriz..... 8
- Vivienda (alquiler y/o compra)..... 9
- Otro ..... 10  
(Especifique)
- Servicios de agua, luz, telecomunicaciones y otros servicios públicos..... 11

**De haber circulado solo el código 11 concluya la entrevista**

**PARA EL PRINCIPAL PROBLEMA DEL SERVICIO O PRODUCTO ADQUIRIDO  
(Considere solo las alternativas del 1 al 10)**

**1007. ¿LLEGÓ A PRESENTAR EL RECLAMO O DENUNCIA?**

Sí..... 1

No ..... 2 →

**Pase a 1010**

**1008. ¿DÓNDE PRESENTÓ SU RECLAMO O DENUNCIA? (Circule uno o más códigos)**

- Ante la empresa o proveedor..... 1
- Libro de Reclamaciones del proveedor..... 2
- INDECOPI (para reclamos y denuncias) ..... 3
- Asociación de consumidores ..... 4
- Poder Judicial ..... 5
- Policía Nacional del Perú..... 6
- Entidad reguladora (OSIPTEL, OSINERGMIN, OSITRAN, SUNASS, etc.) ..... 7
- Centro de Arbitraje del consumidor..... 8
- Medios de comunicación ..... 9
- Redes sociales..... 10
- Otro ..... 11  
(Especifique)

**1009. ¿OBTUVO USTED ALGUN TIPO DE SOLUCIÓN LUEGO DE REALIZAR EL RECLAMO O DENUNCIA?**

Sí ..... 1

No ..... 2

**Concluya la entrevista**

**1010. ¿POR QUÉ NO PRESENTÓ SU RECLAMO O DENUNCIA? (Circule uno o más códigos)**

- Por vergüenza..... 1
- Por falta de tiempo..... 2
- Por el costo del procedimiento de reclamo o denuncia ..... 3
- Desconoce donde reclamar/denunciar ..... 4
- El valor del bien o servicio era de bajo costo ..... 5
- Prefiere evitar problemas ..... 6
- El producto o servicio fue adquirido de un ambulante ..... 7
- Lo iba a hacer, pero luego lo olvido ..... 8
- Es una pérdida de tiempo ..... 9
- Otro ..... 10  
(Especifique)

**OBSERVACIONES:**


# CALENDARIO 2017

ENERO						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

FEBRERO						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

MARZO						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ABRIL						
D	L	M	M	J	V	S
30						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

MAYO						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

JUNIO						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

JULIO						
D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

AGOSTO						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

SEPTIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

OCTUBRE						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

NOVIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

DICIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
31					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30