

BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA DOMINICANA
Santo Domingo, R. D..

**ENCUESTA NACIONAL
DE FUERZA DE TRABAJO**

CONFIDENCIAL: Toda información recogida será mantenida con carácter confidencial (Artículo 12, Ley de Estadística, No. 5096, mayo 1959) y no será usada con fines fiscales.

Sección 1

A. IDENTIFICACION DEL CUESTIONARIO

| Estrato | EN | UPM | Año | Semestre | Vivienda | Hogar |
|---------|----|-----|-----|----------|----------|-------|
| | | | | | | |

1. Estrato:

2. Provincia:

3. Municipio ó D. M.:

4. Zona:

5. Barrio o Sección:

6. Paraje:

7. Calle o Lugar:

8. No. de orden en la UPM:

Rotación:

9. Semana de Entrevista Del: _____ a: _____ Mes _____ 20 _____

1. Nombre y Apellido del Encuestador:

2. Fecha de la Entrevista:

3. Nombre del Supervisor de Campo:

4. Nombre del Crítico/Codificador:

5. Nombre del Digitador:

6. ¿Cuántos hogares hay en esta vivienda?

7. ¿Cual es el tipo de uso y cómo está relacionado cada hogar en la vivienda?

| Hogar No. | Tipo de Uso | Cod. | Tipo de Relación | Cod. |
|-----------|-------------|------|------------------|------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

Tipo de Uso:

Principal 1

Secundaria 2

Descanso 3

Tipo de Relación:

Hogar Básico 1

Pensionista 2

Servicio Doméstico 3

Llene un formulario para cada hogar que considere la vivienda como principal, excepto la Sección 2, que se llena solo para el hogar Nº 1.

1. ¿Realizó la entrevista en la vivienda original seleccionada? Si ☐ → Pase a Sección 2 No ☐ → Pase a preg. 2

2. ¿Utilizó la vivienda de reserva? Si ☐ → ¿Cuál utilizó? A ☐ B ☐ C ☐ ¿Por qué? _____

No ☐ → ¿Por qué? _____

| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. TIPO DE VIVIENDA (Marque "X" en una sola casilla) | | | | | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Casa individual que no comparte paredes 2. <input type="checkbox"/> Casa individual que comparte paredes 3. <input type="checkbox"/> Casa individual que comparte paredes y áreas comunes 4. <input type="checkbox"/> Apartamento en edificio con ascensor 5. <input type="checkbox"/> Apartamento en edificio sin ascensor 6. <input type="checkbox"/> Local no construido para viviendas 7. <input type="checkbox"/> Anexo o apartamento en casa individual 8. <input type="checkbox"/> Casa de vecindad, cuartería, barrancones 9. <input type="checkbox"/> Otros - (Especifique) <input style="width: 150px;" type="text"/> | N° de casas <input style="width: 50px;" type="text"/> N° de pisos <input style="width: 50px;" type="text"/> N° Apto. por piso <input style="width: 50px;" type="text"/> | 4. Excluyendo el baño y la cocina, ¿cuántos cuartos tiene su vivienda? <input style="width: 50px;" type="text"/> Cuartos 5. De estos cuartos ¿cuántos utiliza solamente para dormitorios? <input style="width: 50px;" type="text"/> Dormitorios 6. ¿La cocina que utiliza el hogar se encuentra (Marque "X" en una sola casilla) 7. ¿Qué combustible utiliza principalmente para cocinar? (Marque "X" en una sola casilla) <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/> | 1. <input type="checkbox"/> Dentro? 2. <input type="checkbox"/> Fuera? 3. <input type="checkbox"/> No tiene? 1. <input type="checkbox"/> Gas en Cilindro 2. <input type="checkbox"/> Gas (Kerosene) 3. <input type="checkbox"/> Electricidad 4. <input type="checkbox"/> Leña 5. <input type="checkbox"/> Carbón 6. <input type="checkbox"/> Otros-Especifique <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | |
| 2. Material Predominante (Escriba en el recuadro el código correspondiente) | | | | | | | |
| A. Pared Exterior <input type="checkbox"/> Otros-(Especifique) <input style="width: 100px;" type="text"/> B. Pared Interior <input type="checkbox"/> Otros-(Especifique) <input style="width: 100px;" type="text"/> 01. Asbesto 02. Block 03. Cartón 04. Cemento 05. Cerámica 06. Concreto Armado 07. Granito 08. Ladrillo 09. Madera 10. Mármol 11. Mixto (bucky y madera) | C. Techo <input type="checkbox"/> Otros-(Especifique) <input style="width: 100px;" type="text"/> D. Piso <input type="checkbox"/> Otros-(Especifique) <input style="width: 100px;" type="text"/> 12. Mosaico 13. Parquet 14. Plywood 15. Tabla de Palma 16. Tejamanil 17. Tierra 18. Yagua 19. Zinc 20. No tiene 21. Otros | 8. ¿Tiene esta vivienda instalación para agua corriente por tubería conectada a la red pública? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 9. ¿La vivienda posee (Admite mas de una respuesta) 10. Estado de la vivienda (Marque "X" en una sola casilla) 11. Apariencia de la vivienda (Marque "X" en una sola casilla) 12. ¿Pagan ustedes alquiler por esta vivienda? 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No - Pase a 14 13. ¿Cuánto están pagando? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">MONTO</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">_____.00</td> </tr> </table> 14. Si usted tuviera que alquilar esta vivienda, ¿en cuánto la alquilaría por mes? <input style="width: 100px;" type="text"/> | | MONTO | | _____.00 | 1. <input type="checkbox"/> Inodoro conectado a alcantarillado? 2. <input type="checkbox"/> Inodoro conectado a pozo séptico? 3. <input type="checkbox"/> Letrina? 4. <input type="checkbox"/> No tiene 1. <input type="checkbox"/> No necesita reparaciones 2. <input type="checkbox"/> Necesita reparaciones pequeñas 3. <input type="checkbox"/> Necesita reparaciones importantes 1. <input type="checkbox"/> Lujosa 2. <input type="checkbox"/> Muy buena 3. <input type="checkbox"/> Buena 4. <input type="checkbox"/> Modesta 5. <input type="checkbox"/> Precaria 1. <input type="checkbox"/> Semana 3. <input type="checkbox"/> Quincena 2. <input type="checkbox"/> Mes 4. <input type="checkbox"/> Año |
| | MONTO | | | | | | |
| | _____.00 | | | | | | |
| 3. ¿Esta vivienda es (Marque "X" en una sola casilla) 1. <input type="checkbox"/> Comprada al Contado? 2. <input type="checkbox"/> Comprada a Plazo al Gobierno? 3. <input type="checkbox"/> Comprada a Plazo a particular? 4. <input type="checkbox"/> Donada por el Gobierno? 5. <input type="checkbox"/> Construida por su dueño? 6. <input type="checkbox"/> Donada por Familiares? 7. <input type="checkbox"/> Alquilada? 8. <input type="checkbox"/> Cedida? 9. <input type="checkbox"/> Otra-(Especifique) <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. ¿Tiene usted o algún miembro de su hogar.... | | | |
| No tiene ninguno..... <input type="checkbox"/> | | | |
| a. Radio?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b. Televisor? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> c. Estufa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> d. Refrigerador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> e. Lavadora? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> f. Calentador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> g. Plancha Eléctrica? .. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | h. Aire Acondicionado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> i. Teléfono? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> j. Celular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> k. Aspirador Eléctrico?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> l. Máquina de Coser?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> m. Licuadora?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n. Automóvil?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | o. Motocicleta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> p. Abanico Eléctrico?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> q. Video (V. H. S.)?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> r. Horno Eléctrico?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> s. Horno de Microondas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> t. Inversor?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> u. Computador..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

| | NOMBRE 2. ¿Cuál es el nombre y apellido del jefe del hogar? ¿Cuáles son los nombres y apellidos de los otros miembros del hogar? <i>Asegúrese de incluir solamente a las personas que viven permanentemente en la vivienda y aquellas que estando ausentes de ella por motivos de trabajo, estudio, etc. la considera como su domicilio principal.</i> <i>Empiece por el jefe del hogar, se debe anotar el nombre y el apellido.</i> 2a. ¿Cuántos miembros en total tiene este hogar? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> 2b. Informante. <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> | SEXO 3. Sexo <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i> | EDAD 4. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? <i>Si la persona es menor de 1 año de edad anote "00". Si tiene 99 y más, anote "99"</i> | PARENTESCO 5. ¿Cuál es la relación de parentesco que tiene con el jefe del hogar? 2. Esposa(o) o compañera(o) 3. Hijo(a) 4. Hijastro(a) 5. Nieto(a) 6. Yerno o nuera 7. Padre, madre 8. Suegro(a) 9. Hermano(a) 10. Abuelo(a) 11. Otro pariente 12. No pariente <i>Anote el código correspondiente</i> | ESTADO CIVIL 6. ¿Es... 1. Unión libre? 2. Casado(a)? 3. Divorciado(a)? 4. Separado(a)? 5. Viudo(a)? 6. Soltero(a)? <i>Anote el código correspondiente</i> | A. ¿En dónde nació? <i>ENCUESTADOR</i> Anote el nombre del municipio, por ejemplo: Altamira. Si nació en la zona rural, anote la Sección y el Municipio, por ejemplo: El Mamey-Altamira. Si nació en el extranjero, anote el nombre del país, por ejemplo: Haití, Cuba, Estados Unidos, etc. |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 | | 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer | ____ Años | 1 | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |
| 02 | | 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer | ____ Años | | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |
| 03 | | 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer | ____ Años | | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |
| 04 | | 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer | ____ Años | | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |
| 05 | | 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer | ____ Años | | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |
| 06 | | 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer | ____ Años | | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |
| 07 | | 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer | ____ Años | | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |
| 08 | | 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer | ____ Años | | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |

| EDUCACION: PARA PERSONAS DE 4 AÑOS Y MAS EDAD | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B. ¿Hace Cuánto tiempo... reside en esta localidad? | C. ¿Cuál fue la razón por la cual se trasladó a este lugar? | ALFABETISMO 7. ¿Sabe... leer y escribir? <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i> | 8. ¿Cuál es el último año o curso que aprobó? | 9. ¿A qué nivel corresponde ese último año o curso que aprobó? | 10. ¿Se matriculó este año en? | 11. ¿A cuál tanda del día está actualmente asistiendo? | 12. El centro donde actualmente estudia ¿es- | 13. ¿Por qué no asiste? |
| 1. Nació aquí (Pase a preg 7) 2. Menos de 6 meses 3. De 7 meses a menos de 1 año 4. De 1 a 5 años 5. 6 o más años <i>Anote el código correspondiente</i> | 1. Buscar trabajo 2. Traslado de trabajo 3. Para estudiar 4. Salud 5. Razón familiar 6. Otra razón 7. No sabe <i>Anote el código correspondiente</i> | SOLO PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MAS <i>Anote el código correspondiente</i> | Por ejemplo 1ro., 2do., 3ro., etc. <i>Anote el código correspondiente</i> | 1. Preprimario 2. Primario 3. Secundario 4. Vocacional 5. Universitario 6. Post-Universitario 7. Ninguno <i>Pase a 10</i> <i>Anote el código correspondiente</i> | 1. Preprimaria? 2. Primaria? 3. Secundaria? 4. Vocacional? 5. Universidad? 6. Post-universitario? 7. Ninguno <i>Pase a 13</i> <i>Si contestó 4, 5 ó 6, especificar lo que estudian</i> <i>Anote el código correspondiente</i> | 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. Interno 5. Semi-interno 6. Sabatino 7. Otro 8. No asiste <i>Pase a 13</i> <i>Anote el código correspondiente</i> | 1. Privado? 2. Público? 3. Semi-privado? <i>Pase a Sección 4</i> <i>Marque "X" en una sola casilla</i> | 1. Muy caro 2. El trabajo no se lo permite 3. Muy lejos 4. Le fue mal 5. En espera del inicio de un nuevo periodo 6. Por incapacidad física 7. Por edad 8. Terminó sus estudios 9. Otras- Especifique 10. Razones familiares 11. Nunca lo inscribieron <i>Anote el código correspondiente</i> |
| 01 | | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | | | 1. <input type="checkbox"/> Priv. 2. <input type="checkbox"/> Púb. 3. <input type="checkbox"/> Semi Privado | |
| 02 | | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | | | 1. <input type="checkbox"/> Priv. 2. <input type="checkbox"/> Púb. 3. <input type="checkbox"/> Semi Privado | |
| 03 | | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | | | 1. <input type="checkbox"/> Priv. 2. <input type="checkbox"/> Púb. 3. <input type="checkbox"/> Semi Privado | |
| 04 | | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | | | 1. <input type="checkbox"/> Priv. 2. <input type="checkbox"/> Púb. 3. <input type="checkbox"/> Semi Privado | |
| 05 | | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | | | 1. <input type="checkbox"/> Priv. 2. <input type="checkbox"/> Púb. 3. <input type="checkbox"/> Semi Privado | |
| 06 | | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | | | 1. <input type="checkbox"/> Priv. 2. <input type="checkbox"/> Púb. 3. <input type="checkbox"/> Semi Privado | |
| 07 | | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | | | 1. <input type="checkbox"/> Priv. 2. <input type="checkbox"/> Púb. 3. <input type="checkbox"/> Semi Privado | |
| 08 | | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | | | 1. <input type="checkbox"/> Priv. 2. <input type="checkbox"/> Púb. 3. <input type="checkbox"/> Semi Privado | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | |
| Nombre: | 1. Número de Línea: | |
| 2. ¿Trabajó o realizó una actividad económica por lo menos una hora la semana pasada? | 1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No | 11. ¿Por qué no ha buscado trabajo? (Marque "X" en una sola casilla) |
| 3. Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tenía algún empleo, negocio, actividad | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No - Pase a 6 | 1. <input type="checkbox"/> Ha buscado trabajo y no encuentra 2. <input type="checkbox"/> Familia y otras personas le están buscando trabajo 3. <input type="checkbox"/> Está esperando aviso de una solicitud de empleo 4. <input type="checkbox"/> Está incapacitado permanentemente 5. <input type="checkbox"/> Está incapacitado temporalmente 6. <input type="checkbox"/> Está estudiando 7. <input type="checkbox"/> Se dedica a quehaceres del hogar 8. <input type="checkbox"/> Por edad 9. <input type="checkbox"/> Rentista 10. <input type="checkbox"/> No tengo suficiente educación o experiencia 11. <input type="checkbox"/> Cree que no iba a encontrar 12. <input type="checkbox"/> Esperando la próxima temporada agrícola 13. <input type="checkbox"/> No quiso 14. <input type="checkbox"/> Pensionado o Jubilado |
| 4. ¿Por qué no trabajó la semana pasada? (Marque "X" en una sola casilla) ENCUESTADOR: Si marcó la casilla "Otra", anote la razón | 1. <input type="checkbox"/> Enfermo 2. <input type="checkbox"/> En vacaciones 3. <input type="checkbox"/> Mal tiempo (lluvia) 4. <input type="checkbox"/> Disputa laboral (huelga) 5. <input type="checkbox"/> Poca actividad económica 6. <input type="checkbox"/> Obligaciones familiares o personales 7. <input type="checkbox"/> Otra (Especifique) | 12a. ¿Pudiera haber aceptado un trabajo la semana pasada si le hubieran ofrecido uno? |
| 5. ¿Cuántas semanas ha estado ausente del trabajo? | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Semana Pase a 16 | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No Si contestó NO pase a la 30 |
| 6. La semana pasada, ¿realizó alguna de las siguientes actividades: | | 12b. ¿Dispone del tiempo y las condiciones necesarias para salir a trabajar? |
| a. Cultivó, cosechó, o cuidó ganado? | 1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No - Pase a la 30 |
| b. Elaboró algún producto (artesanía, comida) para su venta? | 1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No | 13. ¿Ha trabajado antes? |
| c. Ayudó algún familiar en su negocio, empresa, o finca? | 1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No - Pase a 30 |
| d. Cosió o lavó ropa ajena? | 1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No | 13a. ¿Cuántos empleos ha tenido desde que comenzó a trabajar? |
| 7. ¿Buscó trabajo la semana pasada o estuvo tratando de establecer su propio negocio, actividad económica o empresa? | 1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 9 2. <input type="checkbox"/> No | 13b. ¿Por qué dejó de trabajar? ENCUESTADOR: Si marcó la casilla "Otra", anote la razón. |
| 8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha buscado trabajo o trató de establecer su propio negocio o empresa? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No - Pase a 11 | 1. <input type="checkbox"/> Venció el contrato 2. <input type="checkbox"/> Cerró la empresa 3. <input type="checkbox"/> Despidieron 4. <input type="checkbox"/> Obligaciones familiares 5. <input type="checkbox"/> Por motivo de salud 6. <input type="checkbox"/> Jubiló 7. <input type="checkbox"/> Otra - (Especifique) |
| 9. ¿Qué hizo para buscar trabajo o establecer su propio negocio, actividad económica o empresa durante las últimas cuatro semanas? (Marque "X" en la casillas correspondientes) ENCUESTADOR: Si la persona no hizo NADA, cambie las respuestas de las preguntas anteriores (según corresponda) 7 u 8 de "Si" a "No". | 1. <input type="checkbox"/> Visitó fábricas, oficinas públicas, privada, fincas, etc. 2. <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a terceras personas 3. <input type="checkbox"/> Contestó anuncios en periódicos, radio, TV. 4. <input type="checkbox"/> Solicitó permisos o licencias para establecer un negocio 5. <input type="checkbox"/> Solicitó financiamiento para un negocio propio 6. <input type="checkbox"/> Buscó equipos o materiales para empezar un negocio 7. <input type="checkbox"/> Nada 8. <input type="checkbox"/> Otro - (Especifique) | 13c. Cuando fue despedido de su último empleo, ¿recibió ayuda por cesantía? |
| | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> En disputa } Pase a preg. 13e |
| | | 13d. ¿Cuánto dinero recibió por cesantía? |
| | | 13e. ¿Cuánto ganaba mensualmente en ese empleo? |
| | | 14. ¿Cuántos meses han pasado desde que perdió su último trabajo como empleado? |
| | | 15. ¿Cuánto tiempo hace que no trabaja? |
| | | 1. <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses 2. <input type="checkbox"/> De 6 a menos de 12 meses 3. <input type="checkbox"/> De un año a menos de 3 años 4. <input type="checkbox"/> De 3 años a menos de 5 años 5. <input type="checkbox"/> 5 años y más |
| | | 16. ¿Cuál es el oficio u ocupación principal que realiza o realizó en su último trabajo ? (Por ejemplo: Profesor de secundaria, Vendedor de comestible, ropas, artículos del hogar, Agricultor, cultiva arroz, etc.) |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 10. ¿Qué tiempo hace que está buscando trabajo? (Marque "X" en una sola casilla) Luego de llenar la opción que corresponda pase a la pregunta 13 | 1. <input type="checkbox"/> Menos de 1 Mes 2. <input type="checkbox"/> 1 mes a menos de 2 meses 3. <input type="checkbox"/> 2 meses a menos de 3 meses 4. <input type="checkbox"/> 3 meses a menos de 6 meses 5. <input type="checkbox"/> 6 meses a menos de 1 año 6. <input type="checkbox"/> Más de 1 año | 17. ¿Qué produce o a qué se dedica principalmente el establecimiento, negocio, actividad económica o empresa en la que usted trabaja o trabajó? (Por ejemplo: Escuela de secundaria, Tienda de efectos electrodomésticos Cultivo de arroz, etc.) |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. En esa ocupación, ¿usted es o era <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i> | 1. <input type="checkbox"/> Empleado u obrero del Gobierno general? 2. <input type="checkbox"/> Empleado u obrero de empresas públicas? 3. <input type="checkbox"/> Empleado u obrero de empresas privadas? 4. <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia profesional? 5. <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia no profesional? 6. <input type="checkbox"/> Patrón de empresas no constituidas en sociedades? 7. <input type="checkbox"/> Ayudante familiar no remunerado? 8. <input type="checkbox"/> Ayudante no familiar no remunerado? 9. <input type="checkbox"/> Trabajador en producción doméstica de no mercado? 10. <input type="checkbox"/> Servicio doméstico? | 26. Además de su ocupación principal ¿tiene usted otro trabajo? 27. ¿Cuántas horas trabaja regularmente por semana? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No- <i>Pase a 28</i> |
| | | Ocupación Secundaria N° de Horas <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| | | 27a. En su ocupación secundaria ¿cuánto ganó por concepto de sueldo, salario, jornal, propinas, horas extras en su último período de pago? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;">Monto Período</div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> 1. <input type="checkbox"/> Hora 2. <input type="checkbox"/> Día 3. <input type="checkbox"/> Semana 4. <input type="checkbox"/> Quincena 5. <input type="checkbox"/> Mes </div> </div> |
| | | 27b. Si contestó la opción 2 (día) anotar cuantos días trabaja regularmente por semana <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| 18a. ¿Qué tiempo tiene laborando en su actual empleo? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Años</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Meses</div> </div> | | 28. En su ocupación principal ¿cuánto ganó por concepto de sueldo o ganancias? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;">Monto Período</div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> 1. <input type="checkbox"/> Hora 2. <input type="checkbox"/> Día 3. <input type="checkbox"/> Semana 4. <input type="checkbox"/> Quincena 5. <input type="checkbox"/> Mes </div> </div> |
| 18b. ¿Cuánto tiempo se tardó en encontrar este empleo? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Años</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Meses</div> </div> | | 28a. Si contestó la opción 2 (día) anotar cuantos días trabaja regularmente por semana <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| 18c. ¿Cuántos empleos ha tenido desde que comenzó a trabajar? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | |
| 18d. En su empleo actual ¿Ha firmado contrato de trabajo? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe | | <i>Pase a Preg. 19</i> |
| 18e. ¿Qué tipo de contrato ha firmado? 1. <input type="checkbox"/> Indefinido 2. <input type="checkbox"/> Por un tiempo definido 3. <input type="checkbox"/> Por un trabajo en específico 4. <input type="checkbox"/> No sabe | | | |
| 19. El establecimiento, negocio, actividad económica o empresa donde trabaja o trabajó, ¿es o era <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i> | 1. <input type="checkbox"/> Privado? 2. <input type="checkbox"/> Público? 3. <input type="checkbox"/> Zona Franca? | | |
| 20. ¿Cuántas personas trabajan o trabajaban en ese negocio, actividad económica o empresa? <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i> | 1. <input type="checkbox"/> De 1 a 4 Personas 2. <input type="checkbox"/> De 5 a 10 Personas 3. <input type="checkbox"/> De 11 a 19 Personas 4. <input type="checkbox"/> De 20 y más | | |
| 21. ¿Tiene licencia o permiso el establecimiento o negocio para operar? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe | <i>Si contestó No en preg. 2, 3 y 6 Pase a la 30</i> | |
| 22. ¿Cuántas horas trabaja regularmente por semana? <i>ENCUESTADOR: Si el total de horas trabajadas por semana es 40 horas o más, pase a la pregunta 24, si es menos de 40 horas, pase a 23</i> | Ocupación Principal: N° de Horas <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | |
| 23. ¿Por qué trabaja menos de 40 horas por semana? <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i> <i>ENCUESTADOR: Si marcó en la casilla "Otra", especifique la razón</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 1. <input type="checkbox"/> Su jornada completa es menos de 40 horas 2. <input type="checkbox"/> Solo encontró trabajo a tiempo parcial 3. <input type="checkbox"/> Período de poca actividad 4. <input type="checkbox"/> Disputa laboral (huelga) 5. <input type="checkbox"/> Por razones de salud 6. <input type="checkbox"/> Por razones de estudio 7. <input type="checkbox"/> Ocupado con quehaceres domésticos 8. <input type="checkbox"/> Por razones personales o familiares 9. <input type="checkbox"/> No consigue trabajo 10. <input type="checkbox"/> Otras- (Especifique) | | |
| 24. ¿Le interesaría trabajar más horas de las que actualmente trabaja con el fin de incrementar sus ingresos? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No- <i>Pase a 26</i> | | |
| 25. En las últimas cuatro semanas ¿ha buscado otra actividad que aumente sus ingresos? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26. Además de su ocupación principal ¿tiene usted otro trabajo? 27. ¿Cuántas horas trabaja regularmente por semana? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No- <i>Pase a 28</i> |
| | Ocupación Secundaria N° de Horas <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| 27a. En su ocupación secundaria ¿cuánto ganó por concepto de sueldo, salario, jornal, propinas, horas extras en su último período de pago? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;">Monto Período</div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> 1. <input type="checkbox"/> Hora 2. <input type="checkbox"/> Día 3. <input type="checkbox"/> Semana 4. <input type="checkbox"/> Quincena 5. <input type="checkbox"/> Mes </div> </div> |
| 27b. Si contestó la opción 2 (día) anotar cuantos días trabaja regularmente por semana <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| 28. En su ocupación principal ¿cuánto ganó por concepto de sueldo o ganancias? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;">Monto Período</div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> 1. <input type="checkbox"/> Hora 2. <input type="checkbox"/> Día 3. <input type="checkbox"/> Semana 4. <input type="checkbox"/> Quincena 5. <input type="checkbox"/> Mes </div> </div> |
| 28a. Si contestó la opción 2 (día) anotar cuantos días trabaja regularmente por semana <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| <i>(Para Ocupación Principal) Sólo si contestó 1, 2, 3, 7, 8, o 10 en pregunta 18</i> | |
| 29. ¿Recibió por su trabajo pagos en | |
| a. Alimentos? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No |
| b. Vivienda? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No |
| c. Transporte? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No |
| d. Otros pagos en especies (Especifique) | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No |
| | |
| 30. El mes pasado, ¿recibió dinero por | |
| a. Pensión o jubilación? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| b. Intereses o dividendos? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| c. Alquileres o renta de propiedades? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| d. Remesas de familiares y no familiares que viven en el país? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| e. Divorcio, herencia, seguro de vida o accidentes, juegos u otros ingresos ocasionales? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| f. Ayuda del Gobierno? | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| Ingresos del Exterior | |
| 31. ¿Recibió dinero por concepto de: | |
| a. Pensión o jubilación? (mes pasado) | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| b. Intereses o dividendos? (mes pasado) | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| c. Alquileres o renta de propiedades? (mes pasado) | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| d. Remesas de familiares y no familiares que viven fuera del país? (tri mestre pasado) | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| e. Divorcio, herencia, seguro de vida o accidentes, juegos u otros ingresos ocasionales? (mes pasado) | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |

| ¿Recibió el mes pasado dinero de <u>otro</u> país por concepto de | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| | | 2. Pensión o Jubilación? | | 3. Interes, Dividendo, Alquileres o Renta de propiedad? | | 4. Regalos u obsequios (no en efectivo)? | | 5. Herencia, Seguro de Vida o Accidentes, Juegos u Otros ingresos? | | | | |
| 1 | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | |
| | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | |
| | País | | Moneda | | País | | Moneda | | País | | Moneda | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | |
| | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | |
| | País | | Moneda | | País | | Moneda | | País | | Moneda | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | |
| | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | |
| | País | | Moneda | | País | | Moneda | | País | | Moneda | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | |
| | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | |
| | País | | Moneda | | País | | Moneda | | País | | Moneda | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | |
| | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | |
| | País | | Moneda | | País | | Moneda | | País | | Moneda | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | |
| | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | |
| | País | | Moneda | | País | | Moneda | | País | | Moneda | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | |
| | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | |
| | País | | Moneda | | País | | Moneda | | País | | Moneda | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | | 1. <input type="checkbox"/> Si | | 2. <input type="checkbox"/> No | |
| | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | | ¿Cuánto dinero recibió? | | _____00 | |
| | País | | Moneda | | País | | Moneda | | País | | Moneda | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 6. ¿En los últimos tres meses recibió dinero de parientes o amistades que residen en el exterior? | | | | | | | 7. Forma de Envío 1. Correo Privado 2. Correo Publico 3. Banco Comercial 4. Personal 5. Remesadora | | |
| <i>Encuestador: Para cada miembro que recibe ingresos debe llenarse la casilla del mes que le corresponde</i> | | | | | | | | | |
| | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | Valor | País | Moneda | Frecuencia | | | |
| | Enero | _____ | .00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Febrero | _____ | .00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Marzo | _____ | .00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | Valor | País | Moneda | Frecuencia | | |
| | | Enero | _____ | .00 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | Febrero | _____ | .00 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Marzo | | _____ | .00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | Valor | País | Moneda | Frecuencia | | |
| | | Enero | _____ | .00 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | Febrero | _____ | .00 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Marzo | _____ | .00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | Valor | País | Moneda | Frecuencia | | |
| | | Enero | _____ | .00 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | Febrero | _____ | .00 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Marzo | | _____ | .00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No | | Valor | País | Moneda | Frecuencia | | |
| | | Enero | _____ | .00 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | Febrero | _____ | .00 | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | Marzo | _____ | .00 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |