

## 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
PARA USO DE OFICINA						

## B. UBICACION GEOGRAFICA

1. Estrato:	
2. Provincia:	USO DE OFICINA
3. Municipio ó D. M.:	USO DE OFICINA
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: _____ al: _____ Mes _____ 20 _____	

## C. INFORMACION DE CONTROL

USO DE OFICINA

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 N° 1.

## D. DATOS SOBRE LA ENTREVISTA DE LA VIVIENDA (Para ser llenado por el encuestador)

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

2. ¿Utilizó la vivienda de reserva? Si ☐ — ¿Cuál utilizó? A ☐ B ☐ C ☐ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
No ☐ — ¿Por qué?

## Sección 2- CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA (Llene solo para el hogar N° 1 )

<b>1. TIPO DE VIVIENDA</b> <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i> 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 <span style="float: right;">N° de casas <input style="width: 40px;" type="text"/></span> 4. <input type="checkbox"/> Apartamento en edificio con ascensor <span style="float: right;">N° de pisos <input style="width: 40px;" type="text"/></span> 5. <input type="checkbox"/> Apartamento en edificio sin ascensor <span style="float: right;">N° Apto. por piso <input style="width: 40px;" type="text"/></span> 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"/>		<b>4. Excluyendo el baño y la cocina, ¿cuántos cuartos tiene su vivienda?</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Cuartos <b>5. De estos cuartos ¿cuántos utiliza solamente para dormitorios?</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Dormitorios <b>6. ¿La cocina que utiliza el hogar se encuentra</b> (Marque "X" en una sola casilla) <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> <b>7. ¿Qué combustible utiliza principalmente para cocinar?</b> (Marque "X" en una sola casilla) <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 30px;" 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						
<b>2. Material Predominante.</b> <i>(Escriba en el recuadro el código correspondiente)</i> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <b>A. Pared Exterior</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>  Otros-(Especifique) _____ </td> <td style="width: 50%;"> <b>C. Techo</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>  Otros-(Especifique) _____ </td> </tr> <tr> <td> <b>B. Pared Interior</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>  Otros-(Especifique) _____ </td> <td> <b>D. Piso</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>  Otros-(Especifique) _____ </td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> 01. Asbesto  02. Block  03. Cartón  04. Cemento  05. Cerámica  06. Concreto Armado  07. Granito  08. Ladrillo  09. Madera  10. Mármol  11. Mixto (bock y madera) </div> <div style="width: 48%;"> 12. Mosaico  13. Parquet  14. Plywood  15. Tabla de Palma  16. Tejamanil  17. Tierra  18. Yagua  19. Zinc  20. No tiene  21. Otros </div> </div>		<b>A. Pared Exterior</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Otros-(Especifique) _____	<b>C. Techo</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Otros-(Especifique) _____	<b>B. Pared Interior</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Otros-(Especifique) _____	<b>D. Piso</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Otros-(Especifique) _____	<b>8. ¿Tiene esta vivienda instalación para agua corriente por tubería conectada a la red pública?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>9. ¿La vivienda posee</b> <i>(Admite mas de una respuesta)</i> 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 <b>10. Estado de la vivienda</b> (Marque "X" en una sola casilla) 1. <input type="checkbox"/> No necesita reparaciones 2. <input type="checkbox"/> Necesita reparaciones pequeñas 3. <input type="checkbox"/> Necesita reparaciones importantes			
<b>A. Pared Exterior</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Otros-(Especifique) _____	<b>C. Techo</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Otros-(Especifique) _____								
<b>B. Pared Interior</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Otros-(Especifique) _____	<b>D. Piso</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> Otros-(Especifique) _____								
<b>3. ¿Esta vivienda es</b> (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) <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>		<b>11. Apariencia de la vivienda</b> (Marque "X" en una sola casilla) 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 <b>12. ¿Pagan ustedes alquiler por esta vivienda?</b> 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No - Pase a 14 <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>13. ¿Cuánto están pagando?</b></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"><b>MONTO</b></td> <td style="width: 40%; text-align: center;"><b>TIEMPO - Pase a Sección 3</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 80px;" type="text"/>.0 </td> <td style="text-align: center;">         1. <input type="checkbox"/> Semana    3. <input type="checkbox"/> Quincena          2. <input type="checkbox"/> Mes        4. <input type="checkbox"/> Año </td> </tr> </table>		<b>13. ¿Cuánto están pagando?</b>	<b>MONTO</b>	<b>TIEMPO - Pase a Sección 3</b>		<input style="width: 80px;" type="text"/> .0	1. <input type="checkbox"/> Semana    3. <input type="checkbox"/> Quincena 2. <input type="checkbox"/> Mes        4. <input type="checkbox"/> Año
<b>13. ¿Cuánto están pagando?</b>	<b>MONTO</b>	<b>TIEMPO - Pase a Sección 3</b>							
	<input style="width: 80px;" type="text"/> .0	1. <input type="checkbox"/> Semana    3. <input type="checkbox"/> Quincena 2. <input type="checkbox"/> Mes        4. <input type="checkbox"/> Año							
<b>ENCUESTADOR: Si marcó la casilla "Otra" anote la forma de tenencia.</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>		<b>14. Si usted tuviera que alquilar esta vivienda, ¿en cuánto la alquilaría por mes?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>							

## Sección 3- CARACTERISTICAS DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS

1. ¿Tiene usted o algún miembro de su hogar....

a. No Tiene Ninguno ..... <input type="checkbox"/> b. Radio? ..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> c. Televisor? ..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> d. Estufa? ..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> e. Refrigerador? ..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> f. Lavadora? ..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> g. Calentador?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	h. Aspirador i. Aire Acondicionado?.. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> j. Teléfono?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> k. Máquina de l. Licuadora?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> m. n. Plancha Eléctrica?..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	o. p. Abanico q. Video (V. H. r. Horno s. Horno de t.
---	--	--

**Sección 3- CARACTERISTICAS DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS (Continuación)**

 Solo para personas  
de 6 años y más de  
edad

	<b>NOMBRE</b>  2. ¿Cuáles 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</i>  2a. ¿Cuántos miembros en total tiene este hogar?  <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<b>SEXO</b>  3. Sexo  <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i>	<b>EDAD</b>  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>	<b>PARENTESCO</b>  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>	<b>ESTADO CIVIL</b>  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>	<b>ALFABETISMO</b>  7. ¿Sabe... leer y escribir?  <i>(Marque "X" en una sola casilla)</i>
01		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años	<b>1</b>		1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
02		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años			1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
03		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años			1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
04		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años			1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
05		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años			1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
06		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años			1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
07		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años			1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
08		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años			1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
09		1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer	_____ Años			1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No

**Sección 3- CARACTERISTICAS DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS (Continuación)**

EDUCACION: PARA PERSONAS DE 4 AÑOS Y MAS EDAD						PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR			
	8. ¿Cuál es el último año que aprobó?  Por ejemplo 1ro., 2do., 3ro., etc.	9. ¿Cuál es el último nivel de educación que ha alcanzado?  1. Preprimario 2. Primario 3. Secundario 4. Vocacional 5. Universitario 6. Post-Universitario 7. Ninguno ▲ Pase a 10	10. ¿Se Matriculó este año en  1. Preprimaria? 2. Primaria? 3. Secundaria? 4. Vocacional? 5. Universidad? 6. Post-Universitario? 7. Ninguno ▲ Pase a 13	11. ¿A cuál tanda del día está actualmente asistiendo?  1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. Interno 5. Semi-interno 6. Sabatino 7. Otro 8. No asiste ▲ Pase a 13	12. El centro donde actualmente estudia ¿es-  1. Privado?  2. Público?  Marque "X" en una sola casilla  Pase a 14	13. ¿Por qué no asiste?  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 Anote el código correspondiente	14. ¿En dónde nació?  ENCUESTADOR: 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.	15. ¿Hace Cuánto tiempo... reside en esta localidad?  1. Nació aquí (Pase a Sección 4) 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 Anote el código correspondiente	16. ¿Cuál fue la razón por la cual se trasladó a este lugar?  1. Buscar trabajo 2. Traslado de trabajo 3. Para estudiar 4. Salud 5. Razón familiar 6. Otra razón 7. No sabe Anote el código correspondiente
01					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		
02					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		
03					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		
04					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		
05					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		
06					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		
07					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		
08					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		
09					1. <input type="checkbox"/> Priv.  2. <input type="checkbox"/> Púb.		USO DE LA OFICINA <input type="text"/>		

# Sección 4 - OCUPACION E INGRESOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS EDAD

Nombre:	1. Número de Línea:			10. ¿Qué tiempo hace que está buscando trabajo?	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
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	(Marque "X" en una sola casilla)			Pase a 13
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				
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)	(Marque "X" en una sola casilla)			11. ¿Por qué no ha buscado trabajo?  (Marque "X" en una sola casilla)
5. ¿Cuánta semanas ha estado ausente del trabajo?	<input type="text"/> Semana Pase a 16				
6. La semana pasada, ¿realizó alguna de las siguientes actividades:					
a. Cultivó, cosechó, o cuidó ganado?	1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No	12a. ¿Pudiera haber aceptado un trabajo la semana pasada si le hubieran ofrecido uno?			
b. Elaboró algún producto (artesanía, comida) para su venta?	1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No				
c. Ayudó algún familiar en su negocio, empresa, o finca?	1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No				
d. Cosió o lavó ropa ajena?	1. <input type="checkbox"/> Si - Pase a 16 2. <input type="checkbox"/> No				
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	12b. ¿Dispone del tiempo y las condiciones necesarias para trabajar una jornada			
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	13. ¿Ha trabajado antes?			
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)	14. ¿Cuánto tiempo hace que no trabaja?  (Marque "X" en una sola casilla)			
		15. ¿Por qué dejó de trabajar?			
		16. ¿Cuál es el oficio u ocupación principal que reliza o realizó en su último trabajo ?  (Por ejemplo: Profesor de secundaria, Vendedor de comestible, ropas, artículos del hogar, Agricultor, cultiva arroz, etc.)			
		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 efectos electrodomésticos Cultivo de arroz, etc.)			
		USO DE OFICINA			
		USO DE OFICINA			
		USO DE OFICINA			

<p>18. En esa ocupación, ¿usted es o era</p> <p style="text-align: center;">(Marque "X" en una sola casilla)</p> <p>ENCUESTADOR: Si contestó No en preg. 2, 3 o 6, Pase a 30</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Empleado u obrero del Gobierno general?</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Empleado u obrero de empresas públicas?</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Empleado u obrero de empresas privadas?</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia profesional?</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia no profesional?</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Patrón de empresas no constituidas en sociedades?</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Ayudante familiar no remunerado?</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Ayudante no familiar no remunerado?</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Trabajador en producción doméstica de no mercado?</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Servicio doméstico? -Pase a 22</p>	<p>28. En su ocupación principal ¿cuánto ganó por concepto de sueldo o ganancias?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">Monto</th> <th style="width: 40%;">Período</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; display: inline-block;"></div>.00         </td> <td>           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         </td> </tr> </table> <p>28a. Si contestó la opción 2 (día) anotar cuantos días trabaja regularmente por semana</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	Monto	Período	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; display: inline-block;"></div> .00	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	<p>(Para Ocupación Principal) Sólo si contestó 1, 2, 3, 7, 8, o 10 en pregunta 18</p>
Monto	Período						
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; display: inline-block;"></div> .00	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						
<p>19. El establecimiento, negocio, actividad económica o empresa donde trabaja o trabajó, ¿es o era</p> <p style="text-align: center;">(Marque "X" en una sola casilla)</p>							
<p>20. ¿Cuántas personas trabajan o trabajaban en ese negocio, actividad económica o empresa?</p> <p style="text-align: center;">(Marque "X" en una sola casilla)</p>		<p>1. <input type="checkbox"/> Privado?</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Público?</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Zona Franca?</p>					
<p>21. ¿Tiene licencia o permiso el establecimiento o negocio para operar?</p>		<p>1. <input type="checkbox"/> Si Si contestó No en preg. 2, 3 y 6</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No Pase a la 30</p> <p>3. <input type="checkbox"/> No sabe</p>					
<p>22. ¿Cuántas horas trabaja regularmente por semana?</p> <p>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</p>		<p>Ocupación Principal:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Nº de Horas</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>		Nº de Horas			
Nº de Horas							
<p>23. ¿Por qué trabaja menos de 40 horas por semana?</p> <p style="text-align: center;">(Marque "X" en una sola casilla)</p> <p>ENCUESTADOR: Si marcó en la casilla "Otra", especifique la razón</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		<p>1. <input type="checkbox"/> Su jornada completa es menos de 40 horas</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Solo encontró trabajo a tiempo parcial</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Período de poca actividad</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Disputa laboral (huelga)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Por razones de salud</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Por razones de estudio</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Ocupado con quehaceres domésticos</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Por razones personales o familiares</p> <p>9. <input type="checkbox"/> No consigue trabajo</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Otras- (Especifique)</p>					
<p>24. ¿Le interesaría trabajar más horas de las que actualmente trabaja con el fin de incrementar sus ingresos?</p>		<p>1. <input type="checkbox"/> Si</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No- Pase a 26</p>					
<p>25. En las últimas cuatro semanas ¿ha buscado otra actividad que aumente sus ingresos?</p>		<p>1. <input type="checkbox"/> Si</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No</p>					
<p>26. Además de su ocupación principal ¿tiene usted otro trabajo?</p>		<p>1. <input type="checkbox"/> Si</p> <p>2. <input type="checkbox"/> No- Pase a 28</p>					
<p>27a. ¿Cuántas horas trabaja regularmente por semana?</p>		<p>Ocupación Secundaria</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Nº de Horas</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>		Nº de Horas			
Nº de Horas							
<p>27. En su ocupación secundaria ¿cuánto ganó por concepto de sueldo, salario, jornal, propinas, horas extras en su último período de pago?</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">Monto</th> <th style="width: 40%;">Período</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; display: inline-block;"></div>.00         </td> <td>           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         </td> </tr> </table>		Monto	Período	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; display: inline-block;"></div> .00	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
Monto	Período						
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; display: inline-block;"></div> .00	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						
<p>27b. Si contestó la opción 2 (día) anotar cuantos días trabaja regularmente por semana</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>							

28a. Si contestó la opción 2 (día) anotar cuantos días trabaja regularmente por semana

(Para Ocupación Principal) Sólo si contestó 1, 2, 3, 7, 8, o 10 en pregunta 18

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 .....	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
(Especifique)	

30. El mes pasado, ¿recibí dinero por

¿Cuánto?	
a. Pensión o jubilación?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
b. Intereses o dividendos?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
c. Alquileres o renta de propiedades?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
d. Remesas de familiares que viven en el país?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
e. Divorcio, herencia, seguro de vida o accidentes, juegos u otros ingresos ocasionales?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No

**Ingresos del Exterior**

31. El mes pasado, ¿recibí dinero por concepto de:

a. Pensión o jubilación?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
b. Intereses o dividendos?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
c. Alquileres o renta de propiedades?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
d. Remesas de familiares que viven fuera del país?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
e. Divorcio, herencia, seguro de vida o accidentes, juegos u otros ingresos ocasionales?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No

**OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR**

**Sección 5- INGRESOS DEL EXTERIOR**

SOLO PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MAS EDAD

¿Recibió el mes pasado dinero de otro 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	1. <input type="checkbox"/> Si      2. <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto?  _____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00
	País	Moneda	País	Moneda		País	Moneda
	PARA USO OFICINA						
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	1. <input type="checkbox"/> Si      2. <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto?  _____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00
	País	Moneda	País	Moneda		País	Moneda
	PARA USO OFICINA						
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	1. <input type="checkbox"/> Si      2. <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto?  _____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00
	País	Moneda	País	Moneda		País	Moneda
	PARA USO OFICINA						
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	1. <input type="checkbox"/> Si      2. <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto?  _____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00
	País	Moneda	País	Moneda		País	Moneda
	PARA USO OFICINA						
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	1. <input type="checkbox"/> Si      2. <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto?  _____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00
	País	Moneda	País	Moneda		País	Moneda
	PARA USO OFICINA						
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	1. <input type="checkbox"/> Si      2. <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto?  _____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00
	País	Moneda	País	Moneda		País	Moneda
	PARA USO OFICINA						
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	1. <input type="checkbox"/> Si      2. <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto?  _____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00
	País	Moneda	País	Moneda		País	Moneda
	PARA USO OFICINA						
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	1. <input type="checkbox"/> Si      2. <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00	¿Cuánto?  _____ .00	¿Cuánto dinero recibió?	_____ .00
	País	Moneda	País	Moneda		País	Moneda
	PARA USO OFICINA						

# Sección 5- INGRESOS DEL EXTERIOR

SOLO PARA MIEMBROS DE 10 AÑOS Y MAS EDAD

6. ¿En los últimos tres meses recibió dinero de parientes o amistades que residen en el exterior?						7. Forma de Envío
<p><i>Encuestador: Para cada miembro que recibe ingresos debe llenarse la casilla del mes que le corresponda</i></p>						<p>1. Correo Privado 2. Correo Publico 3. Banco Comercial 4. Personal 5. Remesadora</p>
—	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				