



ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA 2013

Formulario número de

CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales ni pueden utilizarse como prueba judicial.

A. IDENTIFICACIÓN

A.I. IDENTIFICACIÓN (prediligenciada)

1. Región: <input type="text"/>	7. Manzana <input type="text"/>	12. Barrio, centro poblado o vereda <input type="text"/>
2. Departamento: <input type="text"/>	8. Segmento <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Municipio: <input type="text"/>	9. AG <input type="text"/>	13. Dirección de la vivienda o nombre de la finca <input type="text"/>
4. Clase <input type="text"/>	10. Edificación <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Sector <input type="text"/>	11. Vivienda número <input type="text"/>	14. Teléfono: <input type="text"/>
6. Sección <input type="text"/>		15. Resultado de la encuesta* <input type="checkbox"/>

A.II. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

1. ENCUESTA

Encuestador <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>				Semana de recolección <input type="text"/>
Resultado de la encuesta					
Visita número	1	2	3	4	
Fecha (día-mes)	<input type="text"/> <input type="text"/>				
Día de la semana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hora de inicio	<input type="text"/> <input type="text"/>				
(hora-minutos)	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	
Hora de terminación	<input type="text"/> <input type="text"/>				
(hora-minutos)	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	
Resultado*					

2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor <input type="text"/>
Nombre: <input type="text"/>
Observaciones: <input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

* E.C. = 1. Encuesta completa E.I. = 2. Encuesta incompleta O.C. = 3. Ocupado N.H. = 4. Nadie en el hogar A.T. = 5. Ausente temporalmente R. = 6. Rechazo V. = 7. Vacante O. = 8. Otro motivo

B. DATOS DE LA VIVIENDA (diligencie este capítulo solo para el hogar 01 de la vivienda)

1. Tipo de vivienda

- Casa
- Apartamento
- Cuarto(s)
- Vivienda (casa) indígena
- Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, puente, etc.)

2. Material predominante de las paredes exteriores

- Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida
- Tapia pisada, adobe
- Bahareque revocado
- Bahareque sin revocar
- Madera burda, tabla, tablón
- Material prefabricado
- Guadua, caña, esterilla, otro vegetal
- Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico
- Sin paredes

3. Material predominante de los pisos

- Alfombra o tapete de pared a pared
- Madera pulida y lacada, parquet
- Mármol
- Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo
- Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal
- Cemento, gravilla
- Tierra, arena

4. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?

- Estrato para tarifa
- 1. Energía eléctrica Sí → No
 - 2. Acueducto Sí No
 - 3. Alcantarillado Sí No
- Veces por semana
- 4. Recolección de basuras Sí → No

5. En los últimos DOCE MESES, la vivienda ha sido afectada por:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Inundaciones, desbordamientos, crecientes, arroyos | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 2. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 3. Hundimiento del terreno | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 4. Ventarrones, tormentas, vendavales | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |

6. ¿Cuáles de los siguientes problemas afectan su vivienda:

- 1. Ruidos provenientes del exterior?
- 2. Malos olores procedentes del exterior?
- 3. Presencia de basuras en las calles?
- 4. Contaminación del aire?
- 5. Invasión del espacio público (calles o andenes)?
- 6. Presencia de animales que causan molestias?
- 7. Presencia de insectos, roedores, etc.?
- 8. Ninguno de los anteriores

7. ¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda?

Observaciones:

C. SERVICIOS DEL HOGAR (diligencie este capítulo para todos los hogares de la vivienda)

1. Incluyendo sala y comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas dispone este hogar?

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

2. ¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas de este hogar?

3. ¿En este hogar tienen servicio de gas natural conectado a red pública?

Sí

No

4. ¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta el hogar?

Lea las alternativas

Inodoro conectado a alcantarillado

Inodoro conectado a pozo séptico

Inodoro sin conexión

Letrina

Bajamar

No tiene servicio sanitario Pase a 7

5. El servicio sanitario está ubicado:

Dentro de la vivienda

Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno

6. El servicio sanitario del hogar es:

De uso exclusivo de las personas del hogar

Compartido con personas de otros hogares

7. ¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?

La recogen los servicios del aseo

La tiran a un río, quebrada, caño o laguna

La tiran a un patio, lote, zanja o baldío

La queman

La entierran

La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)

8. ¿En este hogar clasifican las basuras?

Sí

Qué tipo de material clasifican:

1. Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos

2. Vidrio

3. Papel y cartón

4. Plástico

5. Pilas y baterías

6. Envases metálicos o de aluminio

7. Medicamentos

No

9. El agua para preparar los alimentos, la obtienen principalmente de:

Acueducto público

Acueducto comunal o veredal

Pozo con bomba

Pozo sin bomba, jagüey

Agua lluvia

Río, quebrada, manantial o nacimiento

Pila pública

Carro tanque

Aguatero

Agua embotellada o en bolsa

10. ¿El agua llega al hogar las 24 horas del día, durante los siete días de la semana?

Sí

No

11. El agua para beber principalmente:

La usan tal como la obtienen

La hierven

Le echan cloro

Utilizan filtros

La decantan o usan filtros naturales

Compran agua embotellada o en bolsa

12. ¿En dónde preparan los alimentos las personas de este hogar?

En un cuarto usado solo para cocinar

En un cuarto usado también para dormir

En una sala-comedor

En un patio, corredor, enramada, al aire libre

En ninguna parte (no preparan alimentos)

Pase a 14

13. ¿El hogar tiene cocina? (espacio exclusivo para preparar alimentos)

Sí

No

Después de diligenciar pase a 15

14. ¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?

Electricidad

Gas natural conectado a red pública

Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol

Gas propano/GLP (en cilindro o pipeta)

Carbón mineral

Leña, madera o carbón de leña

Material de desecho

15. ¿En este hogar tienen servicio telefónico fijo?

Sí

No

16. ¿Cuántas personas componen este hogar?

Observaciones:

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar)

<p>5. ¿Cuál es el parentesco de ... con el jefe o la jefa de este hogar?</p> <p>Jefe(a) del hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Hijo(a), hijastro(a) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Nieto(a) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Padre, madre, padrastro, madrastra <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Suegro o suegra <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Hermano(a), hermanastro(a) <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Otro pariente del jefe(a) <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Empleado(a) del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Parientes del servicio doméstico <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Trabajador <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Pensionista <input type="checkbox"/> 13</p> <p>Otro no pariente <input type="checkbox"/> 14</p> <p style="text-align: center;">Para menores de 10 años, pase a 8</p>	<p>6. Actualmente...:</p> <p>No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Está casado(a) <input type="checkbox"/> 6</p> <p style="text-align: right;">Pase a 8</p>	<p>7. El (la) cónyuge de... ¿vive en este hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;">C.R. Número de orden</p>	<p>8. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 13</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>9. ¿Cuántos años continuos hace que vive... aquí en este municipio?</p> <p style="text-align: center;">Si es menos de un año escriba 00</p> <p style="text-align: center;">Cuántos años</p>
---	--	--	---	---

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>10. Antes de venir a este municipio... vivía en:</p> <p>Otro país 1 Pase a 13</p> <p>Otro municipio 2</p>	<p>11. ... vivía en:</p> <p>El centro urbano donde está la alcaldía 1</p> <p>Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo 2</p>	<p>12. ¿Cuál fue la razón principal para cambiar la residencia al municipio actual?</p> <p>Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia 1</p> <p>Riesgo o consecuencia de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) 2</p> <p>Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia 3</p> <p>Necesidad de educación 4</p> <p>Porque se casó o formó pareja 5</p> <p>Motivos de salud 6</p> <p>Mejorar la vivienda o localización 7</p> <p>Mejores oportunidades laborales o de negocio 8</p> <p>Otra 9</p>	<p>13. El padre de... ¿vive en este hogar?</p> <p>Sí 1 → Pase a 15</p> <p>No 2</p> <p>Fallecido 3</p>					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">C.R.</th> <th style="width: 15%;">Departamento</th> <th style="width: 5%;">Código</th> <th style="width: 15%;">Municipio</th> <th style="width: 5%;">Código</th> </tr> </table>	C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">C.R.</th> <th style="width: 15%;">Número de orden</th> </tr> </table>	C.R.	Número de orden
C.R.	Departamento	Código	Municipio	Código				
C.R.	Número de orden							

01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								

D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar) (conclusión)

14. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...?	15. La madre de... ¿vive en este hogar?	16. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?	17. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:	18. ¿A cuál pueblo o etnia indígena pertenece...?
Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1 Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2 Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3 Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4 Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5 Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6 Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7 Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8 Ninguno <input type="checkbox"/> 9 No sabe <input type="checkbox"/> 10	Sí <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 17 No <input type="checkbox"/> 2 Fallecida <input type="checkbox"/> 3	Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1 Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2 Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3 Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4 Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5 Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6 Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7 Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8 Ninguno <input type="checkbox"/> 9 No sabe <input type="checkbox"/> 10	Indígena <input type="checkbox"/> 1 Gitano (Rom) <input type="checkbox"/> 2 Raizal del archipiélago <input type="checkbox"/> 3 Palenquero <input type="checkbox"/> 4 → Termina capítulo Negro, mulato (afrodescendiente) <input type="checkbox"/> 5 Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 6	
C.R. Número de orden		Etnia indígena Código		

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

E. SALUD (para todas las personas del hogar)

<p>1. ¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud [EPS] o Administradora de Régimen Subsidiado [ARS] a través del Sisbén)</p> <p>Sí 1 Pase a 3</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9 Pase a 8</p>	<p>2. ¿Por qué razón principal no está afiliado o no es beneficiario de una entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud [EPS] o Administradora de Régimen Subsidiado [ARS])</p> <p>Por falta de dinero 1</p> <p>Muchos trámites 2</p> <p>No le interesa o descuido 3</p> <p>No sabe que debe afiliarse 4</p> <p>No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad 5</p> <p>Está en trámite de afiliación 6</p> <p>No hay una entidad cercana 7</p> <p>Otra razón, ¿cuál? 8</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0e0; padding: 2px;">Después de responder la pregunta, pase a 8</p>	<p>3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?</p> <p>Contributivo (EPS) 1</p> <p>Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) 2</p> <p>Subsidiado (EPS-S) 3 Pase a 7</p> <p>No sabe, no informa 9 Pase a 8</p>	<p>4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?</p> <p>... paga una parte y otra la empresa o patrón 1</p> <p>Le descuentan de la pensión 2 → Pase a 6</p> <p>... paga la totalidad de la afiliación 3</p> <p>Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó 4 Pase a 7</p> <p>No paga, es beneficiario 5</p>	<p>5. ¿De quién es beneficiario...?</p> <p>De una persona de este hogar 1</p> <p>De una persona de otro hogar 2</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0e0; padding: 2px;">Después de diligenciar pasa a 7</p>

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

E. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto por una entidad de seguridad social en salud?</p> <p style="text-align: center;">Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99</p> <p>Valor mensual pagado o descontado (\$)</p>	<p>7. En general, considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que... está afiliado(a) es:</p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>8. El estado de salud de... en general, es:</p> <p>Muy bueno <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bueno <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Malo <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>9. Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año?</p> <p>Solo al médico <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Solo al odontólogo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Al médico y al odontólogo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>A ninguno <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>10. ¿... tiene limitaciones permanentes para:</p> <p>Moverse o caminar? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Usar sus brazos o manos? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ver, a pesar de usar lentes o gafas? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Oír, aún con aparatos especiales? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Hablar? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Entender o aprender? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo? <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Otra limitación permanente? <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>11. En los últimos 30 días, ... ¿tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Pase a 26</p>
--	---	---	---	---	--

01				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
02				<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
03				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
04				<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
05				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
06				<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
07				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
08				<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
09				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
				<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

E. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>12. Por ese problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?</p> <p>Número de días</p>	<p>13. Para tratar ese problema de salud ¿qué hizo principalmente...?</p> <p>Acudió a una institución prestadora de servicios de salud <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente (de forma particular) <input type="checkbox"/> 2 Pase a 19</p> <p>Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) <input type="checkbox"/> 5 } Pase a 18</p> <p>Usó remedios caseros <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Se autorrecetó <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Nada <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>14. ¿Acudió al servicio de urgencias en la institución prestadora de servicios (hospital o clínica) pública o privada?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 19</p>	<p>15. ¿A... le brindaron asistencia médica en el servicio de urgencias para solucionar el problema de salud?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 17</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>16. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no recibió atención médica en el servicio de urgencias?</p> <p>El caso era leve <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que tuviera contrato con ellos <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No tenía identificación y por eso lo rechazaron <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Indicaron que debían remitirlo a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No le dieron información <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No sabe/no responde <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: right; background-color: #d9ead3; padding: 2px;">Después de diligenciar pase a pregunta 26</p>
---	---	--	--	--

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

E. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>17. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico?</p> <p>Lo atendieron inmediatamente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En máximo 30 minutos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Entre 31 minutos y una hora <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Más de una hora, hasta dos horas <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Más de dos horas <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>17A. En el servicio de urgencias... fue atendido por:</p> <p>Médico general <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Odontólogo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Especialista <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Pase a 20 Pase a 21</p>	<p>18. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no solicitó o no recibió atención médica?</p> <p>El caso era leve <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No tuvo tiempo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>El centro de atención queda lejos <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Falta de dinero <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Mal servicio o cita distanciada en el tiempo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No lo atendieron <input type="checkbox"/> 6</p> <p>No confía en los médicos <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Consultó antes y no le resolvieron el problema <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Muchos trámites para la cita <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Una vez diligenciada esta pregunta pase a 26</p>	<p>19. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?</p> <p>Médico general <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Odontólogo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Acudió directo al especialista <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Pase a 21</p>	<p>20. ... ¿fue remitido a especialista?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>21. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.) fue:</p> <p>Muy buena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mala <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Muy mala <input type="checkbox"/> 4</p>	
			C.R.	Número de días		

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

E. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

<p>22. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó... para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)</p> <p>Entidad de seguridad social de la cual es afiliado <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Servicio médico de la empresa, médico particular <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Secretaría de salud o la alcaldía <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Recursos propios o familiares <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Ninguna <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>23. Por esta enfermedad, ¿a... le formularon medicamentos?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 26</p>	<p>24. ¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a... por cuenta de la institución a la cual está afiliado?</p> <p>Sí, todos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 26</p> <p>Sí, algunos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>25. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?</p> <p>No están incluidos en el POS <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No había los medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No había la cantidad requerida <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No hizo las gestiones para reclamarlos <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Acudió a médico particular <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>26. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Cuántas veces</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 → Si D2 = 2 y D4 entre 12 y 49, pase a E30 Si D2 = 1 o 12 > D4 > 49, termine capítulo</p>		
			C.R.	Otra, ¿cuál?	C.R.	Número de veces

01	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
02	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
03	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
05	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
06	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
07	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
08	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					
09	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7					

F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

<p>1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?</p> <p>Asiste a un hogar comunitario, guardería, jardín o centro de desarrollo infantil <input type="checkbox"/> 1 Pase a 4</p> <p>Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con empleada o niñera en la casa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Al cuidado de un pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Al cuidado de un pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En casa solo <input type="checkbox"/> 7 → Pase a 3</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>2. ¿La persona con quien permanece... asiste o ha asistido a algún proceso de formación o acompañamiento para la crianza?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>3. ¿Cuál es la razón principal por la que... no asiste a una guardería, hogar comunitario, jardín o centro de desarrollo infantil?</p> <p>No hay una institución cercana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Es muy costoso <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No encontró cupo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Prefiere que no asista todavía <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Tiene un familiar en la casa que lo cuida <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido <input type="checkbox"/> 6</p> <p>La institución no cuenta con el servicio de alimentación (desayuno, almuerzo o refrigerio) <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Después de diligenciar pase a 5</p>	<p>4. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, guardería, jardín o centro de desarrollo infantil) asiste?</p> <p>Hogar comunitario de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Centro de Desarrollo Infantil Público <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Jardín oficial <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Guardería o jardín privado <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>5. ¿Recibe o toma... desayuno o almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 7</p>
C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	Otra, ¿cuál?	

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (continuación)

10. ¿Cuántos años tiene esta persona?	11. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?	12. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza esta persona con...?	12A. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?	13. De los siguientes servicios o programas, ¿cuáles ha recibido... en los últimos doce meses?		
				1. Esquema completo de vacunación, según su edad		
	Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1	Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos <input type="checkbox"/> 1	Todos los días <input type="checkbox"/> 1	SÍ <input type="checkbox"/> 1		
	Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2	Contarle cuentos o relatos <input type="checkbox"/> 2	Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2	NO <input type="checkbox"/> 2		
	Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3	Realizar actividades artísticas o manualidades <input type="checkbox"/> 3	Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3			
	Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4	Cantar canciones o tocar algún instrumento musical <input type="checkbox"/> 4	Al menos una vez al mes, pero no todos los meses <input type="checkbox"/> 4			
	Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5	Realizar juegos y rondas <input type="checkbox"/> 5		¿Paga por este servicio?		
	Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6	Salir al parque <input type="checkbox"/> 6		C.R.		
	Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7	Ver televisión <input type="checkbox"/> 7		SÍ		
	Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8	Realizar alguna actividad deportiva <input type="checkbox"/> 8		No		
	Ninguno <input type="checkbox"/> 9	Otras, ¿cuáles? <input type="checkbox"/> 9				
	No sabe <input type="checkbox"/> 10	Ninguna <input type="checkbox"/> 10 Pase a 13				
Años						

01		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
08		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
09		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 _____ <input type="checkbox"/> 10			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (conclusión)

13. De los siguientes servicios o programas, ¿cuáles ha recibido... en los últimos doce meses? (conclusión)			14. ¿... tiene registro civil de nacimiento?			15. ¿Llevan a... a control de crecimiento y desarrollo?			16. ¿Cuál fue la principal razón para no llevar a... a un control de crecimiento y desarrollo?					
2. Programas culturales ofrecidos en bibliotecas, museos, casas de cultura u otros ámbitos Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			3. Programas de Protección Especial del ICBF Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			4. Programa modalidad entorno familiar Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			Sí <input type="checkbox"/> 1 → Termina capítulo No <input type="checkbox"/> 2		
¿Paga por este servicio?			¿Paga por este servicio?			¿Paga por este servicio?			¿Cuántas veces lo llevaron durante los ÚLTIMOS 12 MESES?			C.R. Otra, ¿cuál?		
C.R.	Sí	No	C.R.	Sí	No	C.R.	Sí	No				C.R.	Otra, ¿cuál?	

01	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
02	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
03	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
04	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
05	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
06	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
07	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
08	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
09	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								

G. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más)

1. ¿Sabe leer y escribir? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad) Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 6 No <input type="checkbox"/> 2 Si es menor de 35 años, continúe Si tiene 35 años o más pase a 4	3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie? Espere respuesta		4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?	
		Considera que no está en edad escolar <input type="checkbox"/> 1 Considera que ya terminó <input type="checkbox"/> 2 Falta de dinero o costos educativos elevados <input type="checkbox"/> 3 Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños y de otras personas del hogar: ancianos, personas discapacitadas, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Por embarazo <input type="checkbox"/> 5 Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia <input type="checkbox"/> 6 Falta de cupo <input type="checkbox"/> 7 No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano <input type="checkbox"/> 8 Necesita trabajar <input type="checkbox"/> 9 No le gusta o no le interesa el estudio <input type="checkbox"/> 10 Por enfermedad <input type="checkbox"/> 11 Necesita educación especial <input type="checkbox"/> 12 Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual <input type="checkbox"/> 13 Otra razón, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 14	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 2 Básica primaria (1.º-5.º) <input type="checkbox"/> 3 Básica secundaria (6.º a 9.º) <input type="checkbox"/> 4 Media (10.º-13.º) <input type="checkbox"/> 5 Técnico sin título <input type="checkbox"/> 6 Técnico con título <input type="checkbox"/> 7 Tecnológico sin título <input type="checkbox"/> 8 Tecnológico con título <input type="checkbox"/> 9 Universitario sin título <input type="checkbox"/> 10 Universitario con título <input type="checkbox"/> 11 Posgrado sin título <input type="checkbox"/> 12 Postgrado con título <input type="checkbox"/> 13		
		C.R.	Otra razón, ¿cuál?	Nivel	Grado o año aprobado:

Si es menor de 18 años pase a pregunta 18, de lo contrario termine capítulo

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

G. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

<p>5. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</p> <p>Si es menor de 18 años pase a pregunta 18, de lo contrario termine capítulo</p>	<p>6. ¿En qué nivel está matriculado... y qué grado o año cursa?</p> <p>Preescolar <input type="checkbox"/> 1 → Pase a 8</p> <p>Básica primaria (1.º-5.º) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Básica secundaria (6.º a 9.º) <input type="checkbox"/> 3 → Pase a 9</p> <p>Media (10.º-13.º) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Técnico <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Tecnológico <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Universitario <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Posgrado <input type="checkbox"/> 8</p>		<p>7. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?</p> <p>Después de diligenciar pase a 9</p>	<p>8. ¿Dónde o con quién permanece... la mayor parte del tiempo, en las horas en que no está asistiendo al establecimiento educativo?</p> <p>Con su padre o madre en la casa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Con su padre o madre en el trabajo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con empleada o niñera en la casa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Al cuidado de un pariente de 18 años o más <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Al cuidado de un pariente menor de 18 años <input type="checkbox"/> 5</p> <p>En un sitio para el cuidado de menores (jornada adicional o alterna, talleres, etc.) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>En casa solo <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p>			<p>9. El establecimiento donde estudia... es:</p> <p>Oficial <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No oficial <input type="checkbox"/> 2</p>			<p>10. Este establecimiento está ubicado en:</p> <p>Un centro urbano donde está la alcaldía municipal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Corregimiento, inspección de policía o caserío <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Vereda o campo <input type="checkbox"/> 3</p>
	Número de años	Nivel		Grado o año que cursa	Número de años	C.R.	Otro, ¿cuál?	C.R.	Con subsidio del estado	

01							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
02							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
03							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
04							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
05							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
06							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
07							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
08							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
09							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

G. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

<p>11. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, medias nueves, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>12. Durante este AÑO ESCOLAR ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 14</p> <p style="margin-left: 40px;">Frecuencia:</p> <p style="margin-left: 80px;">Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="margin-left: 80px;">Bimestral <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="margin-left: 80px;">Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="margin-left: 80px;">Anual <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>13. ¿De quién recibió la beca para estudiar?</p> <p>De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>ICETEX <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>14. Durante este AÑO ESCOLAR ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 16</p> <p style="margin-left: 40px;">Frecuencia:</p> <p style="margin-left: 80px;">Mensual <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="margin-left: 80px;">Bimestral <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="margin-left: 80px;">Semestral <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="margin-left: 80px;">Anual <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>15. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?</p> <p>De la misma institución educativa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>ICETEX <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Gobierno nacional o departamental <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Gobierno distrital o municipal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otra entidad privada <input type="checkbox"/> 8</p>				
C.R.	a. ¿Valor que paga DIARIO? (\$)	b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? (\$)	C.R.	Valor (\$)	Frecuencia	C.R.	Valor (\$)	Frecuencia

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

G. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (conclusión)

16. Durante este AÑO ESCOLAR ¿... ha recibido crédito educativo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Si es menor de 18 años pase a pregunta 18, de lo contrario termine capítulo			17. ¿Quién le concedió el crédito educativo? ICETEX <input type="checkbox"/> 1 Fondo Nacional del Ahorro <input type="checkbox"/> 2 Banco o corporación <input type="checkbox"/> 3 Otra entidad pública <input type="checkbox"/> 4 Establecimiento educativo <input type="checkbox"/> 5 Fundación (ONG) <input type="checkbox"/> 6 Otra entidad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 Si es menor de 18 años continúe, de lo contrario termine capítulo			18. ¿Con quién permanece... después de asistir al establecimiento educativo o durante la mayor parte del tiempo entre semana? Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años Si G8 = 7 permanece en casa solo, NO formule esta pregunta y termine capítulo Una persona de este hogar <input type="checkbox"/> 1 Número de orden → Termine capítulo Una persona de otro hogar <input type="checkbox"/> 2 → Termina capítulo Una institución <input type="checkbox"/> 3 Permanece solo <input type="checkbox"/> 4			19. ¿Cuántos años tiene esta persona?		20. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona? Algunos años de primaria <input type="checkbox"/> 1 Toda la primaria <input type="checkbox"/> 2 Algunos años de secundaria <input type="checkbox"/> 3 Toda la secundaria <input type="checkbox"/> 4 Uno o más años de técnica o tecnológica <input type="checkbox"/> 5 Técnica o tecnológica completa <input type="checkbox"/> 6 Uno o más años de universidad <input type="checkbox"/> 7 Universitaria completa <input type="checkbox"/> 8 Ninguno <input type="checkbox"/> 9 No sabe <input type="checkbox"/> 10	
C.R.	Valor (\$)	Frecuencia	C.R.	Otra entidad, ¿cuál?	C.R.	Número de orden	Hombre	Mujer	Años			

01							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
02							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
03							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
04							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
05							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
06							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
07							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
08							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
09							<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más)

1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información	2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA?		3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?	5. ¿... trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?	6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?	7. ¿Desea... conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?
	<p style="text-align: center;">Espere respuesta</p> Trabajando <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12 Buscando trabajo <input type="checkbox"/> 2 Estudiando <input type="checkbox"/> 3 Oficios del hogar <input type="checkbox"/> 4 Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 5 Pase a 42 Otra actividad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6						
	C.R.	Otra actividad, ¿cuál?					

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>8. Durante los últimos 12 MESES ¿... trabajó por lo menos 2 semanas consecutivas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10</p>	<p>9. Después de su último empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 42</p>	<p>10. Durante los últimos 12 MESES ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 42</p>	<p>11. Si le hubiera resultado algún trabajo a... ¿estaba disponible LA SEMANA PASADA para empezar a trabajar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 39</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 42</p>	<p>12. ¿Qué hace... en este trabajo?</p>
---	---	--	---	---

Código

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>13. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...?</p>	<p>14. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo?</p>	<p>15. En este trabajo... es:</p> <p style="text-align: right;">Lea las alternativas</p> <p>Obrero o empleado de empresa particular 1</p> <p>Obrero o empleado del gobierno 2</p> <p>Empleado doméstico 3</p> <p>Profesional independiente 4</p> <p>Trabajador independiente o por cuenta propia 5</p> <p>Patrón o empleador 6 → Pase a 29</p> <p>Trabajador de finca, tierra o parcela propia en arriendo, aparcería, usufructo o posesión 7</p> <p>Trabajador sin remuneración 8</p> <p>Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.) 9 → Pase a 31</p> <p>Jornalero o peón 10</p> <p style="text-align: right;">Código</p>
---	--	---

01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>16. ¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?</p> <p>Si es menos de un mes, escriba 00.</p>	<p>17. ¿Está afiliado por una empresa o individualmente a una Administradora de Riesgos Laborales, ARL (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>	<p>18. ¿La empresa donde trabaja le suministra elementos de protección personal para la realización de su trabajo?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No necesita <input type="text" value="3"/></p>	<p>19. Antes de descuentos ¿cuánto ganó... el mes pasado en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya horas extras, viáticos y pagos en especie)</p> <p>Si no recibe salario en dinero, escriba 00.</p>	<p>20. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió alimentos como parte de pago por su trabajo?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> Valor \$...</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>		<p>21. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> Valor \$...</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>		<p>22. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> Valor \$...</p> <p>No <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>	
				Meses	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

23. ¿Normalmente... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?		24. El MES PASADO ¿... recibió subsidio de alimentación en dinero?		25. El MES PASADO ¿... recibió auxilio de transporte en dinero?		26. El MES PASADO ¿... recibió subsidio familiar en dinero?		27. El MES PASADO ¿... recibió primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero?		28. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:	
Sí	1 Valor \$...	Sí	1 Valor \$...	Sí	1 Valor \$...	Sí	1 Valor \$...	Sí	1 Valor \$...	1. Prima de servicios?	
No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	Sí	1 Valor \$...
No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No	2
										No sabe, no informa	9
C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor mensual (\$)	C.R.	Valor (\$)

01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

28. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió: (conclusión)					29. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO?	30. ¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?	31. ¿Cuántas personas, incluido usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?	
2. Prima de navidad?		3. Prima de vacaciones?		4. Bonificaciones?				5. Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?
Sí	1 Valor \$...	Sí	1 Valor \$...	Sí	1 Valor \$...	Sí	1 Valor \$...	
No	2	No	2	No	2	No	2	
No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	No sabe, no informa	9	
					Si no obtuvo ganancias, escriba 00		Solo para centros poblados y área rural dispersa	
					Después de diligenciar pase a pregunta 31			
C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	C.R.	Valor (\$)	
					Honorarios o ganancia neta en el MES PASADO (\$)		Honorarios o ganancia neta en los últimos 12 meses (\$)	

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>32. Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?</p> <p>Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En la vivienda que habita <input type="checkbox"/> 2 <small>Pase a 35</small></p> <p>En otras viviendas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>En kiosco-caseta <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Puerta a puerta <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario) <input type="checkbox"/> 7</p> <p>En el campo o área rural mar o río <input type="checkbox"/> 8</p> <p>En una obra de construcción <input type="checkbox"/> 9</p> <p>En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10</p>	<p>33. El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:</p> <p>Bus intermunicipal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bus urbano <input type="checkbox"/> 2</p> <p>A pie <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Metro <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Transporte articulado (transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Taxi <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Caballo <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Moto <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Bicicleta <input type="checkbox"/> 12</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 13</p>	<p>34. ¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo? (incluya tiempo de espera del medio de transporte)</p> <p>Minutos</p>	<p>35. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?</p> <p>Horas</p>	<p>36. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?</p> <p>Horas</p>	<p>37. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?</p> <p><small>Solo realice esta pregunta si H36 es menor a H35.</small></p> <p>Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Festivos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Vacaciones <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Capacitación <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Suspensión o terminación del empleo <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Reducción de la actividad económica de la empresa o del negocio <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>C.R. Otra, ¿cuál?</p>
---	---	---	--	---	--

01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>38. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el mes pasado tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Valor \$...</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Después de diligenciar pase a 43</p>		<p>39. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo?</p>	<p>40. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas?</p> <p>Por primera vez <input type="checkbox"/> Pase a 42</p> <p>Trabajó antes <input type="checkbox"/></p>	<p>41. ¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa o negocio en la que... realizó su trabajo?</p>	<p>42. ¿El mes pasado... recibió algún ingreso por concepto de trabajo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Valor \$...</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>		
C.R.	Valor total percibido (\$)	Número de semanas			Código	C.R.	Valor (\$)

01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

43. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3	44. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente: Colpensiones (ISS)? <input type="checkbox"/> 1 Cajas de previsión? <input type="checkbox"/> 2 Fuerzas Militares o Policía Nacional? <input type="checkbox"/> 3 Magisterio? <input type="checkbox"/> 4 ECOPETROL? <input type="checkbox"/> 5 Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones)? <input type="checkbox"/> 6 Fondo subsidiado (Prosperar)? <input type="checkbox"/> 7 No sabe <input type="checkbox"/> 8	45. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez? Sí <input type="checkbox"/> 1 Valor \$... No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9	46. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos menores de 18 años? (incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes) Sí <input type="checkbox"/> 1 Valor \$... No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9	47. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo? Sí <input type="checkbox"/> 1 Valor \$... No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9	48. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional? Sí <input type="checkbox"/> 1 Valor \$... No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9		
						C.R.	Valor (\$)

01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									

H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

<p>49. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió algún ingreso por concepto de ayudas en dinero proveniente de otros hogares o instituciones? (padres, hijos, familiares, amigos)</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p> <p style="margin-left: 20px;">El dinero provino de:</p> <p style="margin-left: 40px;">Fuera del país 1</p> <p style="margin-left: 40px;">Dentro del país 2</p> <p style="margin-left: 40px;">Ambas partes 3</p>			<p>50. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por venta de propiedades? (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)</p> <p>Sí 1 Valor \$...</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>			<p>51. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por otros conceptos? (cesantías, intereses de cesantías, intereses por préstamos o CDT, rifas, etc.)</p> <p>Sí 1 Valor \$...</p> <p>No 2</p> <p>No sabe, no informa 9</p>			<p>52. Adicional a las actividades que me informé haber realizado la semana pasada, cuáles de las siguientes labores no remuneradas hizo:</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0e0; margin: 5px 0;">Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales? Sí 1 Horas... No 2 </td> <td style="width:25%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 2. ¿Realizar oficios en su hogar? Sí 1 Horas... No 2 </td> <td style="width:25%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones? Sí 1 Horas... No 2 </td> <td style="width:25%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 4. ¿Cuidar o atender niños? Sí 1 Horas... No 2 </td> </tr> </table>								1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales? Sí 1 Horas... No 2	2. ¿Realizar oficios en su hogar? Sí 1 Horas... No 2	3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones? Sí 1 Horas... No 2	4. ¿Cuidar o atender niños? Sí 1 Horas... No 2	
1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales? Sí 1 Horas... No 2	2. ¿Realizar oficios en su hogar? Sí 1 Horas... No 2	3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones? Sí 1 Horas... No 2	4. ¿Cuidar o atender niños? Sí 1 Horas... No 2																		
	C.R.	Proced.	Valor (\$)		C.R.	Valor (\$)		C.R.	Valor (\$)		C.R.	¿Cuántas horas a la semana?		C.R.	¿Cuántas horas a la semana?		C.R.	¿Cuántas horas a la semana?		C.R.	¿Cuántas horas a la semana?

01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						

I. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (para personas de 5 años y más)

<p>1. ¿Con qué frecuencia utiliza... el computador (en cualquier lugar)?</p> <p>Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No utiliza computador <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>2. ¿Con qué frecuencia utiliza... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?</p> <p>Todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Al menos una vez a la semana, pero no cada día <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Al menos una vez al mes, pero no cada semana <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Al menos una vez al año, pero no cada mes <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No utiliza internet <input type="checkbox"/> 5 Pase a 6</p>	<p>3. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet:</p> <p>Computador de escritorio? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Computador portátil? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Tableta? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Teléfono celular? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Televisor inteligente? <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Reproductores digitales de música video e imagen (MP3, MP4, Ipod)? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>4. En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet:</p> <p>En el hogar <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En el trabajo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>En la institución educativa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>En centros de acceso público gratis <input type="checkbox"/> 4</p> <p>En centros de acceso público con costo (café internet) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>En la casa de otra persona (pariente, amigo, vecino) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otro sitio <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>5. Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza... internet:</p> <p>Obtener información (Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Correo y mensajería <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Redes sociales <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Comprar/ordenar productos o servicios <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Banca electrónica y otros servicios financieros <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Educación y aprendizaje <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Trámites con organismos gubernamentales <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Actividades de entretenimiento (juegos, bajar música, etc.) <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Consulta de medios de comunicación (televisión, radio, periódicos, revistas, medios digitales, etc.) <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10</p>
---	---	--	--	---

01			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____
02			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____
03			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____
04			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____
05			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____
06			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____
07			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____
08			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____
09			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 _____

J. TENENCIA Y FINANCIACIÓN DE LA VIVIENDA QUE OCUPA EL HOGAR

1. La vivienda ocupada por este hogar es:

Propia, totalmente pagada 1 Pase a 3

Propia, la están pagando 2

En arriendo o subarriendo 3 Pase a 7

Con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario) 4

Posesión sin título (ocupante de hecho) o propiedad colectiva 5 → Pase a 6

2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ _____

Si tienen varios préstamos, coloque el valor correspondiente a la sumatoria

3. ¿Algún miembro de este hogar tiene escritura registrada de esta vivienda?

Sí 1

No 2 Pase a 5

4. La escritura está a nombre de:

Número de orden

Solo una persona del hogar 1

Nombre: _____

Dos o más personas del hogar 2

¿Cuántas? _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Personas del hogar con personas de otro hogar 3

Solo personas de otro hogar 4

5. Si usted quisiera vender esta vivienda, ¿cuál sería el precio mínimo en que la vendería?

Valor \$ _____

6. Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto estima que tendría que pagar mensualmente?

Valor \$ _____ Pase a 8

7. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo ?

Excluya el pago de administración o celaduría

Valor \$ _____

8. ¿En los últimos doce meses, algún miembro del hogar recibió subsidio del gobierno o de otra institución en dinero o en especie para la compra, construcción, mejora, titulación o escrituración de vivienda, casalote o lote?

Sí 1

a. ¿En dinero? Sí 1 Valor: \$ _____

No 2

2. ¿En especie? Sí 1 Valor estimado: \$ _____

No 2

No 2

Observaciones:

Observaciones:

K. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (para el jefe del hogar o su cónyuge)

1. Nombre de la persona que responde este capítulo	
Nombre: _____	
Número de orden	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. ¿Cómo se siente en el barrio, pueblo o vereda donde vive?	
Seguro	<input type="text"/> <input type="text"/>
Inseguro	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Durante los últimos 12 MESES, ¿de cuáles de los siguientes hechos ha sido víctima usted o algún miembro del hogar?	
	Sí No
1. Atracos o robos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Otro, hecho violento (homicidios, asesinatos, secuestros, lesiones personales, violaciones, extorsiones, desalojos)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:	
Muy buenas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Buenas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Regulares	<input type="text"/> <input type="text"/>
Malas	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Con relación al hogar donde usted se crió, este hogar vive económicamente:	
Mejor	<input type="text"/> <input type="text"/>
Igual	<input type="text"/> <input type="text"/>
Peor	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. Usted piensa que el nivel de vida actual de su hogar, respecto al que tenía 5 años atrás, es:	
Mejor	<input type="text"/> <input type="text"/>
Igual	<input type="text"/> <input type="text"/>
Peor	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. ¿Usted se considera pobre?	
Sí	<input type="text"/> <input type="text"/>
No	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Los ingresos de su hogar:	
No alcanzan para cubrir los gastos mínimos	<input type="text"/> <input type="text"/>
Solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos	<input type="text"/> <input type="text"/>
Cubren más que los gastos mínimos	<input type="text"/> <input type="text"/>

9. ¿Durante los últimos doce meses, algún miembro de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal por concepto de:	
	¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio?
1. Familias en acción?	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Programa para adultos mayores (Colombia mayor)?	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Red Unidos?	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Otro, ¿cuál?	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Cuáles? _____ No <input type="text"/> <input type="text"/>
Si se encuentra marcada exclusivamente la opción 3, pase a 11 Si en todas las opciones responde No, pase a 11	
10. ¿Este o estos subsidios los recibieron:	
1. En dinero?	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Cuánto recibieron en los últimos doce meses? \$ _____ No <input type="text"/> <input type="text"/>
2. En especie?	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> ¿En cuánto estima lo que recibieron en los últimos doce meses? \$ _____ No <input type="text"/> <input type="text"/>
11. ¿Por falta de dinero, algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana pasada?	
Sí	<input type="text"/> <input type="text"/>
No	<input type="text"/> <input type="text"/>
12. ¿Cuántas libras de arroz consumió este hogar la semana pasada dentro del hogar?	
Libras	_____
Gramos	_____

13. ¿Cuáles de los siguientes bienes o servicios posee este hogar?	
	Sí No
1. Máquina lavadora de ropa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Nevera o refrigerador	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Estufa eléctrica o de gas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Horno eléctrico o de gas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Horno microondas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Tv a color convencional	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. Tv LCD, plasma o LED	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Reproductor de video (DVD, Blue-ray, otros)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Equipo de sonido	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11. Aire acondicionado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12. Ventilador o abanico	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13. Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Consolas para juegos electrónicos: Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15. Carro particular	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
16. Moto o motoneta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
17. Bicicleta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18. Casa, apartamento o finca de recreo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
19. Servicio de televisión por suscripción cable o antena parabólica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20. Cámara fotográfica digital o de video	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. Computador de escritorio	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Computador portátil	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tableta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

K. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (para el jefe del hogar o su cónyuge) (conclusión)

14. ¿Cuál es la principal razón por la que el hogar no tiene computador?

Solo para hogares que en la pregunta 13 en las opciones 21, 22 y 23 respondieron NO.

- No están interesados
- No saben cómo usarlo
- Es demasiado costoso
- Otra

15. ¿El hogar tiene conexión a internet?

- Sí → Fijo Sí No
Móvil Sí No
- No

Pase a 18

16. ¿Cuál es la razón principal por la que el hogar no tiene conexión a internet?

- Es muy costoso
- No lo considera necesario
- No tiene un dispositivo para conectarse
- Tiene acceso suficiente desde otros lugares sin costo
- No sabe usarlo
- No hay cobertura en la zona
- Otra

17. ¿El hogar tiene previsto tener conexión a internet en los próximos 12 meses?

- Sí
- No

18. En los últimos DOCE MESES, ¿ha puesto usted o algún miembro de su hogar una queja o reclamo por inconformidad con el servicio de salud prestado?

- Sí
- No Pase a 21

19. ¿Ante qué entidad presentaron la queja sobre el servicio?

Solo indicar la más importante

- EPS o ARS
- Superintendencia de Salud
- Institución Prestadora de Salud
- Juzgados o entidades judiciales
- Secretaría de Salud, Municipio
- Otra, ¿cuál?

20. El resultado de su queja fue:

- Le dieron respuesta y se resolvió la queja
- Le dieron respuesta pero no se resolvió la queja
- No le dieron respuesta
- No sabe qué pasó

21. Usted o algún miembro del hogar: ¿Sabe si la secretaria o el municipio en el que habitan ha realizado acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?

- Sí
- No

22. ¿En los últimos doce meses ha tenido que presentar una tutela para poder acceder a los servicios de salud?

- Sí
- No Termine capítulo

23. ¿Cuál fue la razón por la cual instauró la acción de tutela?

- No lo atendieron en una institución de salud
- No le dieron los medicamentos
- No tiene dinero para pagar un tratamiento
- No está de acuerdo con el nivel de SISBEN asignado
- No está afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Otra, ¿cuál?

Observaciones: