

PT  PEA  D  PET  O  I

Formulario número  de



## GRAN ENCUESTA INTEGRADA DE HOGARES

Mercado Laboral, Otras formas de trabajo, Ingresos e impuestos,  
Micronegocios, Fecundidad, Migración, y Tipo de Identificación)

Etapas 2201-2202-2203. versión: Operativo 2022



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

DSO-GEIH-IDR-001

**CONFIDENCIALIDAD:** 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.I. IDENTIFICACIÓN

1. Tipo de encuesta*	<input type="checkbox"/>	7. Sección	<input type="checkbox"/>	14. Hogar número	<input type="checkbox"/>
2. Región:	<input type="checkbox"/>	8. Manzana	<input type="checkbox"/>	15. Total de personas en el hogar	<input type="checkbox"/>
3. Departamento:	<input type="checkbox"/>	9. Segmento	<input type="checkbox"/>	16. Barrio, centro poblado o vereda:	
4. Municipio:	<input type="checkbox"/>	10. Estrato de diseño	<input type="checkbox"/>	17. Dirección de la vivienda o nombre de la finca:	
5. Clase	<input type="checkbox"/>	11. Edificación	<input type="checkbox"/>	18. Teléfono:	
6. Sector	<input type="checkbox"/>	12. Vivienda número	<input type="checkbox"/>	19. Resultado de la encuesta**	<input type="checkbox"/>
		13. Total de hogares en la vivienda	<input type="checkbox"/>		

### A.II. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

#### 1. ENCUESTA

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

#### 2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor

Nombre: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

## E. CARACTERÍSTICAS GENERALES

(Para todas las personas registradas)		Educación	<input type="checkbox"/>	Educación	<input type="checkbox"/>
		Fuerza de trabajo	<input type="checkbox"/>	Fuerza de trabajo	<input type="checkbox"/>
<b>NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS</b>		<b>01</b>		<b>02</b>	
<b>Nombre(s) y apellido(s) de la persona:</b>					
<b>Número de orden de la persona que proporciona la información:</b>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## **B. DATOS DE LA VIVIENDA (SOLO PARA EL PRIMER HOGAR DE LA VIVIENDA)**

## 1. Tipo de vivienda

- a. Casa
  - b. Apartamento
  - c. Cuarto(s) en inquilinato
  - d. Cuarto(s) en otro tipo de estructura
  - e. Vivienda indígena
  - f. Otra vivienda (carpa, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, etc.)

1	
2	
3	
4	
5	
6	

### **Observaciones:**

**2. ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores de la vivienda?**

- a. Ladrillo, bloque, material prefabricado, piedra
  - b. Madera pulida
  - c. Adobe o tapia pisada
  - d. Bahareque
  - e. Madera burda, tabla, tablón
  - f. Guadua
  - g. Caña, esterilla, otro tipo de material vegetal
  - h. Zinc, tela, cartón, latas, desechos, plástico
  - i. Sin paredes

### **3. ¿Cuál es el material predominante de los pisos de la vivienda?**

- a. Tierra, arena 1
  - b. Cemento, gravilla 2
  - c. Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal 3
  - d. Baldosín, ladrillo, vinisol, otros materiales sintéticos 4
  - e. Mármol 5
  - f. Madera pulida 6
  - g. Alfombra o tapete de pared a pared 7

**4. ¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta la vivienda?**

- a. Energía eléctrica      Sí  No  Estrato para tarifa

b. Gas natural conectado a red pública      Sí  No

c. Alcantarillado      Sí  No

d. Recolección de basuras      Sí  No  Veces por semana

e. Acueducto      Sí  No  Pase a cap. C.

#### **Observaciones:**

## C. DATOS DEL HOGAR (PARA TODOS LOS HOGARES DE LA VIVIENDA) (PARA EL [LA] JEFE(A) DEL HOGAR O SU CÓNYUGE)

### 1. Incluyendo sala-comedor, ¿de cuántos cuartos en total dispone este hogar?

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

Si no sabe registre 98, si no informa registre 99

1	2
---	---

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

1	2
---	---

### 3. El servicio sanitario que utiliza el hogar es:

- a. Inodoro conectado a alcantarillado  1
- b. Inodoro conectado a pozo séptico  2
- c. Inodoro sin conexión  3
- d. Letrina  4
- e. Bajamar  5
- f. No tiene servicio sanitario  6 Pase a 5

### 4. El servicio sanitario del hogar es:

- a. De uso exclusivo de las personas del hogar  1
- b. Compartido con personas de otros hogares  2

### 5. ¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?

- a. Por recolección pública o privada  1
- b. La tiran a un río, quebrada, caño o laguna  2
- c. La tiran a un patio, lote, zanja o baldío  3
- d. La queman o entierran  4
- e. La eliminan de otra forma  5

### 6. ¿De dónde obtiene principalmente este hogar el agua para consumo humano?

- a. De acueducto por tubería  1
- b. De otra fuente por tubería  2
- c. De pozo con bomba  3
- d. De pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno  4
- e. Aguas lluvias  5
- f. Río, quebrada, nacimiento o manantial  6
- g. De pila pública  7
- h. Carrotanque  8
- i. Agualero  9
- j. Agua embotellada o en bolsa  10

### 7. ¿En cuál de los siguientes lugares, preparan los alimentos las personas de este hogar?

- a. En un cuarto usado solo para cocinar?  1
- b. En un cuarto usado también para dormir?  2
- c. En una sala comedor con lavaplatos?  3
- d. En una sala comedor sin lavaplatos?  4
- e. En un patio, corredor, enramada, al aire libre?  5
- f. En ninguna parte, no preparan alimentos?  6 Pase a 9

### 8. ¿Con qué energía o combustible cocinan principalmente en este hogar?

- a. Electricidad  1
- b. Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol  2
- c. Gas natural conectado a red pública  3
- d. Gas propano en cilindro o pipeta  4
- e. Leña, madera o carbón de leña  5
- f. Carbón mineral  6
- g. Materiales de desecho  7

### 9. La vivienda ocupada por este hogar es:

- a. Propia, totalmente pagada  1 Pase a 10
- b. Propia, la están pagando  2 Pase a 9A
- c. En arriendo o subarriendo  3 Pase a 12
- d. En usufructo  4 Pase a 11
- e. Posesión sin título  5 Pase a 11
- f. Propiedad colectiva  6 Pase a 11
- g. Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_  7 Pase a 11

### 9A. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?

Valor \$ \_\_\_\_\_

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

Valor \$ \_\_\_\_\_

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

Valor \$ \_\_\_\_\_ Pase a 13

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. DATOS DEL HOGAR (PARA TODOS LOS HOGARES DE LA VIVIENDA) (PARA EL [LA] JEFE(A) DEL HOGAR O SU CÓNYUGE) (CONCLUSIÓN)**

#### **12. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo?**

Excluya el pago de administración y/o celaduría

Valor \$ \_\_\_\_\_

## **SERVICIOS FINANCIEROS**

PARA APlicAR EN LAS CABECERAS DE LAS 24 CIUDADES  
Y ÁREAS METROPOLITANAS; EN EL RESTO DE LAS CABECERAS  
MUNICIPALES Y EN LOS CENTROS POBLADOS Y ÁREA RURAL DISPERSA

**13. ¿Cuáles de los siguientes productos financieros utiliza usted o algún miembro del hogar actualmente?**

### Lea las alternativas

- a. Cuenta corriente 1

b. Cuenta de ahorros 1

c. CDT 1

d. Préstamo para compra de vivienda 1

e. Préstamo para compra de vehículo 1

f. Préstamo de libre inversión 1

g. Tarjeta de crédito 1

h. Otro, \_\_\_\_\_ 1

¿cuál? \_\_\_\_\_

i. Ninguno 2

j. No sabe 9  Pase a capítulo D

¿cuál? \_\_\_\_\_

Pase a  
capítulo D.

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

## D. REGISTRO DE PERSONAS

**1. ¿Cuáles son los nombres y apellidos de las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar, RESIDENTES HABITUALES presentes o no?**

Persona que vive permanentemente o la mayor parte del tiempo en la vivienda aunque el día de la encuesta esté ausente.

Núm. de orden

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Núm. de orden

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombres y apellidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Tenga en cuenta: Si Hay OTRAS personas que HAGAN PARTE de este hogar que no hayan sido incluidas en la lista anterior, por favor inclúyalas

### 2. Total de personas en el hogar:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

 Pase a capítulo E.

Tenga en cuenta: Pregunta dirigida al jefe del hogar

**Observaciones:**

(Large area for handwritten notes)

## E. CARACTERÍSTICAS GENERALES (CONTINUACIÓN)

Marque «X» en las casillas de arriba, así: EDUCACIÓN, para personas de 3 años y más; FUERZA DE TRABAJO, para personas de 10 años.

¿Cuál fue su sexo al nacer?	2	Masculino <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Cuál es la fecha de nacimiento de ... ?  Si no conoce el día, el mes o el año, escriba 9 en los espacios correspondientes a cada uno de ellos.	3	<input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
SOLO PREGUNTE SI NO DECLARA LA FECHA DE NACIMIENTO ¿Cuántos años cumplidos tiene ... ?  Si es menor de 1 año, escriba 00	4	<input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Años
¿Cuál es el parentesco de ... con el jefe o jefa del hogar?  Nota: Tenga en cuenta; No acepte como jefe de hogar a persona menor de 10 años	5	a. Jefe(a) del hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> c. Hijo(a), hijastro(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> d. Padre o madre <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> e. Suegro(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> f. Hermano(a) hermanastro(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> g. Yerno o nuera <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> h. Nieto(a) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> i. Otro pariente <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> j. Empleado(a) del servicio doméstico y sus parientes <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> k. Pensionista <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> l. Trabajador <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> m. Otro no pariente <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>	a. Jefe(a) del hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> c. Hijo(a), hijastro(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> d. Padre o madre <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> e. Suegro(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> f. Hermano(a) hermanastro(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> g. Yerno o nuera <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> h. Nieto(a) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> i. Otro pariente <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> j. Empleado(a) del servicio doméstico y sus parientes <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> k. Pensionista <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> l. Trabajador <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> m. Otro no pariente <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>
¿La madre de... reside en este hogar?	5A	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
¿El padre de... reside en este hogar?	5B	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
¿Usted se considera campesino(a)?	6	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 7	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 8 No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7 No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 7
¿Usted considera que alguna vez fue campesino(a)?	7	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_

Marque «X» en las casillas de arriba, así: EDUCACIÓN, para personas de 3 años y más; FUERZA DE TRABAJO, para personas de 10 años.

Masculino <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 2	Masculino <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 2	Masculino <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 2	Masculino <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 2	3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día Mes Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día Mes Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día Mes Año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día Mes Año	4
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años	5			
a. Jefe(a) del hogar <input type="checkbox"/> 1				
b. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2	b. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2	b. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2	b. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="checkbox"/> 2	
c. Hijo(a), hijastro(a) <input type="checkbox"/> 3				
d. Padre o madre <input type="checkbox"/> 4				
e. Suegro(a) <input type="checkbox"/> 5				
f. Hermano(a) hermanastro(a) <input type="checkbox"/> 6				
g. Yerno o nuera <input type="checkbox"/> 7				
h. Nieto(a) <input type="checkbox"/> 8				
i. Otro pariente <input type="checkbox"/> 9				
j. Empleado(a) del servicio doméstico y sus parientes <input type="checkbox"/> 10	j. Empleado(a) del servicio doméstico y sus parientes <input type="checkbox"/> 10	j. Empleado(a) del servicio doméstico y sus parientes <input type="checkbox"/> 10	j. Empleado(a) del servicio doméstico y sus parientes <input type="checkbox"/> 10	
k. Pensionista <input type="checkbox"/> 11				
l. Trabajador <input type="checkbox"/> 12				
m. Otro no pariente <input type="checkbox"/> 13				
Sí <input type="checkbox"/> 1 Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/> 2	5A			
Fallecida <input type="checkbox"/> 3				
Sí <input type="checkbox"/> 1 Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/> 2	5B			
Fallecido <input type="checkbox"/> 3				
Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 8				
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 7	6			
No informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 7	No informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 7	No informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 7	No informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 7	
Sí <input type="checkbox"/> 1				
No <input type="checkbox"/> 2	7			
No informa <input type="checkbox"/> 9				

Observaciones: \_\_\_\_\_

## **E. CARACTERÍSTICAS GENERALES (CONTINUACIÓN)**

**Marque «X» en las casillas de arriba, así: EDUCACIÓN, para personas de 3 años y más; FUERZA DE TRABAJO, para personas de 10 años.**

Marque «X» en las casillas de arriba, así: EDUCACIÓN, para personas de 0 años y más; FUERZA DE TRABAJO, para personas de 10 años.				
<b>¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina?</b>	8	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
	<b>De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:</b>	9	a. Indígena <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 b. Gitano (Rrom) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11 c. Raizal del archipiélago <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 11 d. Palenquero <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 11 e. Negro, mulato (afrodescendiente) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 11 f. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 11	a. Indígena <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 10 b. Gitano (Rrom) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 11 c. Raizal del archipiélago <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 11 d. Palenquero <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 11 e. Negro, mulato (afrodescendiente) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 11 f. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 11
		<b>¿A cuál pueblo o etnia indígena pertenece_____?</b>	10	Etnia indígena _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### **Observaciones:**

<b>Marque «X» en las casillas de arriba, así: EDUCACIÓN, para personas de 3 años y más; FUERZA DE TRABAJO, para personas de 10 años.</b>											
Sí	<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"/> 11
No	<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"/> 11
No informa	<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"/> 11
a. Indígena	<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"/> 11
b. Gitano (Rrom)	<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"/> 11
c. Raizal del archipiélago	<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"/> 11
d. Palenquero	<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"/> 11
e. Negro, mulato (afrodescendiente)	<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"/> 11
f. Ninguno de los anteriores	<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"/> 11
Etnia indígena _____	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<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"/> 11
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2									

## E. CARACTERÍSTICAS GENERALES (CONCLUSIÓN)

Marque «X» en las casillas de arriba, así: EDUCACIÓN, para personas de 3 años y más; FUERZA DE TRABAJO, para personas de 10 años.

### SOLAMENTE PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS

<p><b>Actualmente:</b></p> <p><b>¿El (la) cónyuge de... reside en este hogar?</b></p> <p><b>Debido a la situación que se presenta en el país con la pandemia de COVID - 19, ¿Cuáles de las siguientes dificultades se le han presentado a ...?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>"Lea las alternativas."</b></p> <p>Opciones 1 a 10 no son excluyentes. Puede marcar más de una opción de estas. Opción 11 (No se le han presentado dificultades) es excluyente. Sólo puede marcar esta opción.</p>	<b>11</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></li> <li>b. No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></li> <li>c. Está casado(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></li> <li>d. Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 13</li> <li>e. Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 13</li> <li>f. Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 13</li> </ul> <b>12</b> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></li> <li>b. No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></li> <li>c. Está casado(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></li> <li>d. Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 13</li> <li>e. Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 13</li> <li>f. Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 13</li> </ul> <b>13</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Está o estuvo enfermo(a) por el virus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></li> <li>b. Problemas para conseguir alimentos o productos de limpieza <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></li> <li>c. No ha podido realizar pagos de facturas y deudas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></li> <li>d. Reducción de actividad económica y de ingresos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></li> <li>e. No ha podido ejercer, buscar trabajo o iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></li> <li>f. Le suspendieron sin remuneración el contrato de trabajo <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></li> <li>g. Perdió el trabajo o la fuente de ingresos <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></li> <li>h. Suspensión de clases presenciales (colegio, universidad u otra institución educativa) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></li> <li>i. Se siente solo(a), estresado, preocupado, deprimido <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></li> <li>j. Otra dificultad, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></li> <li>k. No se le han presentado dificultades <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Pase a capítulo F. Pase a capítulo F.</p>
---	--	--

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Marque «X» en las casillas de arriba, así: EDUCACIÓN, para personas de 3 años y más; FUERZA DE TRABAJO, para personas de 10 años.**

**SOLOMENTE PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS**

a. No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
b. No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
c. Está casado(a) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			
d. Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 13	d. Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 13	d. Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 13	d. Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 13
e. Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 13	e. Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 13	e. Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 13	e. Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 13
f. Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 13	f. Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 13	f. Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 13	f. Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 13
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Número de orden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
a. Está o estuvo enfermo(a) por el virus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Está o estuvo enfermo(a) por el virus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Está o estuvo enfermo(a) por el virus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Está o estuvo enfermo(a) por el virus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
b. Problemas para conseguir alimentos o productos de limpieza <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Problemas para conseguir alimentos o productos de limpieza <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Problemas para conseguir alimentos o productos de limpieza <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Problemas para conseguir alimentos o productos de limpieza <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
c. No ha podido realizar pagos de facturas y deudas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	c. No ha podido realizar pagos de facturas y deudas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	c. No ha podido realizar pagos de facturas y deudas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	c. No ha podido realizar pagos de facturas y deudas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
d. Reducción de actividad económica y de ingresos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Reducción de actividad económica y de ingresos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Reducción de actividad económica y de ingresos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Reducción de actividad económica y de ingresos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e. No ha podido ejercer, buscar trabajo o iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	e. No ha podido ejercer, buscar trabajo o iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	e. No ha podido ejercer, buscar trabajo o iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	e. No ha podido ejercer, buscar trabajo o iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
f. Le suspendieron sin remuneración el contrato de trabajo <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	f. Le suspendieron sin remuneración el contrato de trabajo <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	f. Le suspendieron sin remuneración el contrato de trabajo <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	f. Le suspendieron sin remuneración el contrato de trabajo <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
g. Perdió el trabajo o la fuente de ingresos <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	g. Perdió el trabajo o la fuente de ingresos <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	g. Perdió el trabajo o la fuente de ingresos <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	g. Perdió el trabajo o la fuente de ingresos <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
h. Suspensión de clases presenciales (colegio, universidad u otra institución educativa) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	h. Suspensión de clases presenciales (colegio, universidad u otra institución educativa) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	h. Suspensión de clases presenciales (colegio, universidad u otra institución educativa) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	h. Suspensión de clases presenciales (colegio, universidad u otra institución educativa) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
i. Se siente solo(a), estresado, preocupado, deprimido <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	i. Se siente solo(a), estresado, preocupado, deprimido <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	i. Se siente solo(a), estresado, preocupado, deprimido <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	i. Se siente solo(a), estresado, preocupado, deprimido <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
j. Otra dificultad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	j. Otra dificultad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	j. Otra dificultad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	j. Otra dificultad, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
k. No se le han presentado dificultades <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	k. No se le han presentado dificultades <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	k. No se le han presentado dificultades <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	k. No se le han presentado dificultades <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>
Pase a capítulo F.			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

## F. SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR)

<p><b>¿... está afiliado(a), es cotizante o es beneficiario(a) de alguna entidad de seguridad social en salud?</b></p> <p>(Empresa Promotora de Salud [EPS])</p> <p style="text-align: center;"><b>Pedir carné de afiliación a EPS</b></p>	1	Sí <input type="checkbox"/> Pase a 2	Sí <input type="checkbox"/> Pase a 2
	No <input type="checkbox"/> Pase a 5	No <input type="checkbox"/> Pase a 5	
	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	
<p><b>¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado:</b></p> <p><b>¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?</b></p> <p><b>¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente?</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Si no sabe el valor que paga, registre 98. Si no informa el valor que paga, registre 99.</small></p>	2	a. Contributivo (EPS)? <input type="checkbox"/> b. Especial? (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas) <input type="checkbox"/> c. Subsidiado? (EPS-S) <input type="checkbox"/> Pase a 5 d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	a. Contributivo (EPS)? <input type="checkbox"/> b. Especial? (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas) <input type="checkbox"/> c. Subsidiado? (EPS-S) <input type="checkbox"/> Pase a 5 d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5
	3	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> b. Le descuentan de la pensión <input type="checkbox"/> c. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> Pase a 5 e. No paga, es beneficiario <input type="checkbox"/> Pase a 5 f. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> b. Le descuentan de la pensión <input type="checkbox"/> c. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> Pase a 5 e. No paga, es beneficiario <input type="checkbox"/> Pase a 5 f. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5
	4	Valor pagado o descontado \$ _____	Valor pagado o descontado \$ _____

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sí <input type="checkbox"/> Pase a 2	1			
No <input type="checkbox"/> Pase a 5				
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5				
a. Contributivo (EPS)? <input type="checkbox"/>				
b. Especial? (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas) <input type="checkbox"/>	2			
c. Subsidiado? (EPS-S) <input type="checkbox"/> Pase a 5				
d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	
a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/>	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/>	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/>	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/>	
b. Le descuentan de la pensión <input type="checkbox"/>				
c. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/>	c. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/>	c. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/>	c. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/>	3
d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> Pase a 5	d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> Pase a 5	d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> Pase a 5	d. Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="checkbox"/> Pase a 5	
e. No paga, es beneficiario <input type="checkbox"/> Pase a 5	e. No paga, es beneficiario <input type="checkbox"/> Pase a 5	e. No paga, es beneficiario <input type="checkbox"/> Pase a 5	e. No paga, es beneficiario <input type="checkbox"/> Pase a 5	
f. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	f. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	f. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	f. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 5	
Valor pagado o descontado \$ _____	4			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## F. SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR) (CONCLUSIÓN)

<p><b>Dada su condición física y mental, en su vida diaria tiene dificultades para realizar las siguientes actividades:</b></p> <p style="text-align: center;">5</p>	<p>a. ¿Oír, aun usando audífonos medicados?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>b. ¿Hablar o conversar?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>c. ¿Ver, aun usando lentes o gafas?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>d. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>e. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>f. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo/a?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>g. ¿Comer, vestirse o bañarse por si mismo (a)?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>h. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>Pase a capítulo G</b></p>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<p>a. ¿Oír, aun usando audífonos medicados?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>b. ¿Hablar o conversar?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>c. ¿Ver, aun usando lentes o gafas?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>d. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>e. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>f. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo/a?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>g. ¿Comer, vestirse o bañarse por si mismo (a)?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>h. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>1</b> No puede hacerlo</td> <td><b>2</b> Sí, con mucha dificultad</td> <td><b>3</b> Sí, con alguna dificultad</td> <td><b>4</b> Sin dificultad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>Pase a capítulo G</b></p>		<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<b>1</b> No puede hacerlo	<b>2</b> Sí, con mucha dificultad	<b>3</b> Sí, con alguna dificultad	<b>4</b> Sin dificultad																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a. ¿Oír, aun usando audífonos medicados?	b. ¿Oír, aun usando audífonos medicados?	c. ¿Oír, aun usando audífonos medicados?	d. ¿Oír, aun usando audífonos medicados?																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
b. ¿Hablar o conversar?	b. ¿Hablar o conversar?	b. ¿Hablar o conversar?	b. ¿Hablar o conversar?																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
c. ¿Ver, aun usando lentes o gafas?	c. ¿Ver, aun usando lentes o gafas?	c. ¿Ver, aun usando lentes o gafas?	c. ¿Ver, aun usando lentes o gafas?																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
d. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	d. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	d. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	d. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
e. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?	e. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?	e. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?	e. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
f. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo/a?	f. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo/a?	f. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo/a?	f. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo/a?																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
g. ¿Comer, vestirse o bañarse por si mismo (a)?	g. ¿Comer, vestirse o bañarse por si mismo (a)?	g. ¿Comer, vestirse o bañarse por si mismo (a)?	g. ¿Comer, vestirse o bañarse por si mismo (a)?																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
h. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?	h. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?	h. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?	h. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 No puede hacerlo</th> <th>2 Sí, con mucha dificultad</th> <th>3 Sí, con alguna dificultad</th> <th>4 Sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
1 No puede hacerlo	2 Sí, con mucha dificultad	3 Sí, con alguna dificultad	4 Sin dificultad																																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
Pase a capítulo G		Pase a capítulo G																																	
Pase a capítulo G		Pase a capítulo G																																	
Pase a capítulo G		Pase a capítulo G																																	
Pase a capítulo G		Pase a capítulo G																																	

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## G. EDUCACIÓN (PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS)

¿Sabe leer y escribir?	1	Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1			
	1								
1									
	No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2				
2									
2									
¿Actualmente asiste a alguna institución educativa (por ejemplo: jardín, escuela, colegio, universidad)?	2	Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1			
	1								
1									
	No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 4	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 4	2				
2									
2									
La institución a la que asiste es:	3	Pública <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Pública <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1			
	1								
1									
	Privada <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		Privada <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2				
2									
2									
¿Cuál es el mayor nivel educativo alcanzado y el último grado o semestre aprobado por .....?	4	Ninguno <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td> </td></tr></table>	1	0		Ninguno <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td> </td></tr></table>	1	0	
		1	0						
		1	0						
		Preescolar <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td><td> </td></tr></table>	2			Preescolar <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td><td> </td></tr></table>	2		
		2							
		2							
		Básica primaria (1.º-5.º) <table border="1"><tr><td>3</td><td> </td><td> </td></tr></table>	3			Básica primaria (1.º-5.º) <table border="1"><tr><td>3</td><td> </td><td> </td></tr></table>	3		
		3							
		3							
		Básica secundaria (6.º-9.º) <table border="1"><tr><td>4</td><td> </td><td> </td></tr></table>	4			Básica secundaria (6.º-9.º) <table border="1"><tr><td>4</td><td> </td><td> </td></tr></table>	4		
		4							
		4							
		Media académica (Bachillerato clásico) <table border="1"><tr><td>5</td><td> </td><td> </td></tr></table>	5			Media académica (Bachillerato clásico) <table border="1"><tr><td>5</td><td> </td><td> </td></tr></table>	5		
		5							
		5							
Media técnica (Bachillerato técnico) <table border="1"><tr><td>6</td><td> </td><td> </td></tr></table>	6			Media técnica (Bachillerato técnico) <table border="1"><tr><td>6</td><td> </td><td> </td></tr></table>	6				
6									
6									
<b>SEMESTRES</b>									
Normalista <table border="1"><tr><td>7</td><td> </td><td> </td></tr></table>	7			Normalista <table border="1"><tr><td>7</td><td> </td><td> </td></tr></table>	7				
7									
7									
<b>SUPERIOR</b>									
Técnica profesional <table border="1"><tr><td>8</td><td> </td><td> </td></tr></table>	8			Técnica profesional <table border="1"><tr><td>8</td><td> </td><td> </td></tr></table>	8				
8									
8									
Tecnológica <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td><td> </td></tr></table>	9			Tecnológica <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td><td> </td></tr></table>	9				
9									
9									
Universitaria <table border="1"><tr><td>10</td><td> </td><td> </td></tr></table>	10			Universitaria <table border="1"><tr><td>10</td><td> </td><td> </td></tr></table>	10				
10									
10									
Especialización <table border="1"><tr><td>11</td><td> </td><td> </td></tr></table>	11			Especialización <table border="1"><tr><td>11</td><td> </td><td> </td></tr></table>	11				
11									
11									
Maestría <table border="1"><tr><td>12</td><td> </td><td> </td></tr></table>	12			Maestría <table border="1"><tr><td>12</td><td> </td><td> </td></tr></table>	12				
12									
12									
Doctorado <table border="1"><tr><td>13</td><td> </td><td> </td></tr></table>	13			Doctorado <table border="1"><tr><td>13</td><td> </td><td> </td></tr></table>	13				
13									
13									
¿En qué? _____									
No sabe, no informa <table border="1"><tr><td>99</td><td>9</td><td> </td></tr></table> Pase a cap. H			99	9					
99	9								
No sabe, no informa <table border="1"><tr><td>99</td><td>9</td><td> </td></tr></table> Pase a cap. H			99	9					
99	9								

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sí <input type="checkbox"/> 1	1			
No <input type="checkbox"/> 2				
Sí <input type="checkbox"/> 1	2			
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 4				
Pública <input type="checkbox"/> 1	3			
Privada <input type="checkbox"/> 2				
Ninguno  Preescolar  Básica primaria (1.º-5.º)  Básica secundaria (6.º-9.º)  Media académica (Bachillerato clásico)  Media técnica (Bachillerato técnico)	Ninguno  Preescolar  Básica primaria (1.º-5.º)  Básica secundaria (6.º-9.º)  Media académica (Bachillerato clásico)  Media técnica (Bachillerato técnico)	Ninguno  Preescolar  Básica primaria (1.º-5.º)  Básica secundaria (6.º-9.º)  Media académica (Bachillerato clásico)  Media técnica (Bachillerato técnico)	Ninguno  Preescolar  Básica primaria (1.º-5.º)  Básica secundaria (6.º-9.º)  Media académica (Bachillerato clásico)  Media técnica (Bachillerato técnico)	Ninguno  Preescolar  Básica primaria (1.º-5.º)  Básica secundaria (6.º-9.º)  Media académica (Bachillerato clásico)  Media técnica (Bachillerato técnico)
<b>SEMESTRES</b>	<b>SEMESTRES</b>	<b>SEMESTRES</b>	<b>SEMESTRES</b>	
Normalista  <input type="checkbox"/> 7	Normalista  <input type="checkbox"/> 7	Normalista  <input type="checkbox"/> 7	Normalista  <input type="checkbox"/> 7	4
<b>SUPERIOR</b>	<b>SUPERIOR</b>	<b>SUPERIOR</b>	<b>SUPERIOR</b>	
Técnica profesional  <input type="checkbox"/> 8	Técnica profesional  <input type="checkbox"/> 8  Tecnológica  <input type="checkbox"/> 9  Universitaria  <input type="checkbox"/> 10  Especialización  <input type="checkbox"/> 11  Maestría  <input type="checkbox"/> 12  Doctorado  <input type="checkbox"/> 13  No sabe, no informa  <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. H			
→ ¿En qué?  _____	→ ¿En qué?  _____	→ ¿En qué?  _____	→ ¿En qué?  _____	
<b>¿En qué?</b>	<b>¿En qué?</b>	<b>¿En qué?</b>	<b>¿En qué?</b>	
<b>Observaciones:</b>  _____ _____ _____ _____				

## G. EDUCACIÓN (PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS) (CONCLUSIÓN)

<b>¿Cuál es el título o diploma de mayor nivel educativo que ha recibido...?</b>	5	Ninguno <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=" "/>	Ninguno <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=" "/>
		Media académica (Bachillerato clásico) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Media académica (Bachillerato clásico) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
		Media técnica (Bachillerato técnico) <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Media técnica (Bachillerato técnico) <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
		Normalista <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Normalista <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
		Técnica profesional <input type="text" value="5"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Técnica profesional <input type="text" value="5"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
		Tecnológica <input type="text" value="6"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Tecnológica <input type="text" value="6"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
		Universitario <input type="text" value="7"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Universitario <input type="text" value="7"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
		Especialización <input type="text" value="8"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Especialización <input type="text" value="8"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
		Maestría <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Maestría <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
		Doctorado <input type="text" value="10"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	Doctorado <input type="text" value="10"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>
	No sabe, no informa <input type="text" value="99"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	No sabe, no informa <input type="text" value="99"/> <input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/>	
		Pase a cap. H	Pase a cap. H

**Observaciones:**

Ninguno <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr></table>	1	0		Ninguno <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr></table>	1	0		Ninguno <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr></table>	1	0		Ninguno <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr></table>	1	0	
1	0														
1	0														
1	0														
1	0														
Media académica (Bachillerato clásico) <table border="1"><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table>	2			Media académica (Bachillerato clásico) <table border="1"><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table>	2			Media académica (Bachillerato clásico) <table border="1"><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table>	2			Media académica (Bachillerato clásico) <table border="1"><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table>	2		
2															
2															
2															
2															
Media técnica (Bachillerato técnico) <table border="1"><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr></table>	3			Media técnica (Bachillerato técnico) <table border="1"><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr></table>	3			Media técnica (Bachillerato técnico) <table border="1"><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr></table>	3			Media técnica (Bachillerato técnico) <table border="1"><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr></table>	3		
3															
3															
3															
3															
Normalista <table border="1"><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr></table>	4			Normalista <table border="1"><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr></table>	4			Normalista <table border="1"><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr></table>	4			Normalista <table border="1"><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr></table>	4		
4															
4															
4															
4															
Técnica profesional <table border="1"><tr><td>5</td><td></td><td></td></tr></table>	5			Técnica profesional <table border="1"><tr><td>5</td><td></td><td></td></tr></table>	5			Técnica profesional <table border="1"><tr><td>5</td><td></td><td></td></tr></table>	5			Técnica profesional <table border="1"><tr><td>5</td><td></td><td></td></tr></table>	5		
5															
5															
5															
5															
Tecnológica <table border="1"><tr><td>6</td><td></td><td></td></tr></table>	6			Tecnológica <table border="1"><tr><td>6</td><td></td><td></td></tr></table>	6			Tecnológica <table border="1"><tr><td>6</td><td></td><td></td></tr></table>	6			Tecnológica <table border="1"><tr><td>6</td><td></td><td></td></tr></table>	6		
6															
6															
6															
6															
Universitario <table border="1"><tr><td>7</td><td></td><td></td></tr></table>	7			Universitario <table border="1"><tr><td>7</td><td></td><td></td></tr></table>	7			Universitario <table border="1"><tr><td>7</td><td></td><td></td></tr></table>	7			Universitario <table border="1"><tr><td>7</td><td></td><td></td></tr></table>	7		
7															
7															
7															
7															
Especialización <table border="1"><tr><td>8</td><td></td><td></td></tr></table>	8			Especialización <table border="1"><tr><td>8</td><td></td><td></td></tr></table>	8			Especialización <table border="1"><tr><td>8</td><td></td><td></td></tr></table>	8			Especialización <table border="1"><tr><td>8</td><td></td><td></td></tr></table>	8		
8															
8															
8															
8															
Maestría <table border="1"><tr><td>9</td><td></td><td></td></tr></table>	9			Maestría <table border="1"><tr><td>9</td><td></td><td></td></tr></table>	9			Maestría <table border="1"><tr><td>9</td><td></td><td></td></tr></table>	9			Maestría <table border="1"><tr><td>9</td><td></td><td></td></tr></table>	9		
9															
9															
9															
9															
Doctorado <table border="1"><tr><td>10</td><td></td><td></td></tr></table>	10			Doctorado <table border="1"><tr><td>10</td><td></td><td></td></tr></table>	10			Doctorado <table border="1"><tr><td>10</td><td></td><td></td></tr></table>	10			Doctorado <table border="1"><tr><td>10</td><td></td><td></td></tr></table>	10		
10															
10															
10															
10															
No sabe, no informa <table border="1"><tr><td>99</td><td></td><td></td></tr></table>	99			No sabe, no informa <table border="1"><tr><td>99</td><td></td><td></td></tr></table>	99			No sabe, no informa <table border="1"><tr><td>99</td><td></td><td></td></tr></table>	99			No sabe, no informa <table border="1"><tr><td>99</td><td></td><td></td></tr></table>	99		
99															
99															
99															
99															
Pase a cap. H		Pase a cap. H													

5

**Observaciones:**

## H. FUERZA DE TRABAJO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS)

Registre el número de orden de la persona que suministra la información	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<p><b>¿En qué actividad ocupó ... la mayor parte del tiempo la semana pasada?</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="button" value="Espere respuesta"/></p>	2	a. Trabajando <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I b. Buscando trabajo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Estudiando <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Oficios del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J, pregunta 8 f. Otra actividad, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Trabajando <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I b. Buscando trabajo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Estudiando <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Oficios del hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J, pregunta 8 f. Otra actividad, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	3	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	4	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a H4A No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a H5	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a H4A No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a H5		
	<p><b>¿Por qué razón no trabajó la semana pasada?</b></p>	4A	a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I b. Festivos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I c. Vacaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I d. Capacitación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I e. Suspensión temporal del trabajo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 f. Reducción de la actividad económica o cierre de la empresa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 g. Razones climáticas o catástrofes naturales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7 h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I b. Festivos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I c. Vacaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 Pase a cap. I d. Capacitación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 Pase a cap. I e. Suspensión temporal del trabajo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 f. Reducción de la actividad económica o cierre de la empresa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 g. Razones climáticas o catástrofes naturales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7 h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		4B	a. Hasta 4 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I b. Más de 4 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a H5 c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a H5	a. Hasta 4 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I b. Más de 4 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a H5 c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a H5	
		<p><b>¿Cuánto tiempo estará ausente del trabajo (desde que dejó de trabajar hasta que regrese)?</b></p>	5	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. I No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			6	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(pidió ayuda a amigos, familiares, etc.; consultó una agencia de empleo; puso o contestó anuncios; llenó una solicitud; buscó recursos para instalar un negocio)			No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 8	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 8	

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
a. Trabajando <input type="checkbox"/> Pase a cap. I				
b. Buscando trabajo <input type="checkbox"/>				
c. Estudiando <input type="checkbox"/>	c. Estudiando <input type="checkbox"/>	c. Estudiando <input type="checkbox"/>	c. Estudiando <input type="checkbox"/>	
d. Oficios del hogar <input type="checkbox"/>				
e. Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> Pase a cap. J, pregunta 8	e. Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> Pase a cap. J, pregunta 8	e. Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> Pase a cap. J, pregunta 8	e. Incapacitado permanente para trabajar <input type="checkbox"/> Pase a cap. J, pregunta 8	
f. Otra actividad, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/>				
Sí <input type="checkbox"/> Pase a cap. I				
No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> Pase a H4A				
No <input type="checkbox"/> Pase a H5				
a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> Pase a cap. I	a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> Pase a cap. I	a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> Pase a cap. I	a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> Pase a cap. I	
b. Festivos <input type="checkbox"/> Pase a cap. I				
c. Vacaciones <input type="checkbox"/> Pase a cap. I				
d. Capacitación <input type="checkbox"/> Pase a cap. I				
e. Suspensión temporal del trabajo <input type="checkbox"/>				
f. Reducción de la actividad económica o cierre de la empresa <input type="checkbox"/>	f. Reducción de la actividad económica o cierre de la empresa <input type="checkbox"/>	f. Reducción de la actividad económica o cierre de la empresa <input type="checkbox"/>	f. Reducción de la actividad económica o cierre de la empresa <input type="checkbox"/>	
g. Razones climáticas o catástrofes naturales <input type="checkbox"/>				
h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/>				
a. Hasta 4 meses <input type="checkbox"/> Pase a cap. I	a. Hasta 4 meses <input type="checkbox"/> Pase a cap. I	a. Hasta 4 meses <input type="checkbox"/> Pase a cap. I	a. Hasta 4 meses <input type="checkbox"/> Pase a cap. I	
b. Más de 4 meses <input type="checkbox"/> Pase a H5	b. Más de 4 meses <input type="checkbox"/> Pase a H5	b. Más de 4 meses <input type="checkbox"/> Pase a H5	b. Más de 4 meses <input type="checkbox"/> Pase a H5	
c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a H5	c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a H5	c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a H5	c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a H5	
Sí <input type="checkbox"/> Pase a cap. I				
No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/> Pase a 8				

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## H. FUERZA DE TRABAJO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS) (CONTINUACIÓN)

<p><b>¿Qué hizo ... en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS para conseguir un trabajo o instalar un negocio?</b></p> <p>Opciones 1 a 7 no son excluyentes. Puede marcar más de una opción de estas. Opción 8 (No sabe, no informa) es excluyente. Sólo puede marcar esta opción.</p>	<b>7</b>	a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> Pase a 14	a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> Pase a 14
		b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> Pase a 14	b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> Pase a 14
		c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> Pase a 14	c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> Pase a 14
		d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> Pase a 14	d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> Pase a 14
		e. Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> Pase a 14	e. Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> Pase a 14
		f. Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> Pase a 14	f. Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> Pase a 14
		g. Otro medio, _____ <input type="checkbox"/> Pase a 14	g. Otro medio, _____ <input type="checkbox"/> Pase a 14
		h. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 14	h. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 14

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14	a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14	a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14	a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14
b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14
c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14	c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14	c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14	c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14
d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14	d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14	d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14	d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14
e. Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14	e. Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14	e. Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14	e. Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14
f. Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14	f. Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14	f. Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14	f. Hizo preparativos para iniciar un negocio <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14
g. Otro medio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14	g. Otro medio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14	g. Otro medio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14	g. Otro medio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14
h. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14	h. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14	h. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14	h. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14

7

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## H. FUERZA DE TRABAJO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS) (CONTINUACIÓN)

¿... desea conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio?	8	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J. pregunta 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J. pregunta 8
		a. Ya encontró trabajo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14  b. No hay trabajo disponible en la ciudad o región / No encuentra trabajo en su oficio o profesión <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>  c. Está esperando que lo llamen o esperando temporada alta <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>  d. No sabe cómo buscarlo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>  e. Está cansado de buscar <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>  f. Carece de la experiencia necesaria <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>  g. No tiene recursos para instalar un negocio <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>  h. Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>  i. Usted se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  j. Responsabilidades familiares <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  k. Problemas de salud <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  l. Está estudiando <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  m. Otro, <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  ¿cuál? _____	a. Ya encontró trabajo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14  b. No hay trabajo disponible en la ciudad o región / No encuentra trabajo en su oficio o profesión <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>  c. Está esperando que lo llamen o esperando temporada alta <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>  d. No sabe cómo buscarlo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>  e. Está cansado de buscar <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>  f. Carece de la experiencia necesaria <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>  g. No tiene recursos para instalar un negocio <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>  h. Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>  i. Usted se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  j. Responsabilidades familiares <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  k. Problemas de salud <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  l. Está estudiando <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  m. Otro, <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4  ¿cuál? _____

Aunque... desea trabajar, ¿por qué motivo principal no hizo diligencias para buscar un trabajo o instalar un negocio en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

Espere respuesta

**Observaciones:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Sí <input type="checkbox"/> 1	8			
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J, pregunta 8	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J, pregunta 8	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J, pregunta 8	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J, pregunta 8	
a. Ya encontró trabajo <input type="checkbox"/> 1 Pase a 14	a. Ya encontró trabajo <input type="checkbox"/> 1 Pase a 14	a. Ya encontró trabajo <input type="checkbox"/> 1 Pase a 14	a. Ya encontró trabajo <input type="checkbox"/> 1 Pase a 14	
b. No hay trabajo disponible en la ciudad o región / No encuentra trabajo en su oficio o profesión <input type="checkbox"/> 2	b. No hay trabajo disponible en la ciudad o región / No encuentra trabajo en su oficio o profesión <input type="checkbox"/> 2	b. No hay trabajo disponible en la ciudad o región / No encuentra trabajo en su oficio o profesión <input type="checkbox"/> 2	b. No hay trabajo disponible en la ciudad o región / No encuentra trabajo en su oficio o profesión <input type="checkbox"/> 2	
c. Está esperando que lo llamen o esperando temporada alta <input type="checkbox"/> 3	c. Está esperando que lo llamen o esperando temporada alta <input type="checkbox"/> 3	c. Está esperando que lo llamen o esperando temporada alta <input type="checkbox"/> 3	c. Está esperando que lo llamen o esperando temporada alta <input type="checkbox"/> 3	
d. No sabe cómo buscarlo <input type="checkbox"/> 4				
e. Está cansado de buscar <input type="checkbox"/> 5				
f. Carece de la experiencia necesaria <input type="checkbox"/> 6	f. Carece de la experiencia necesaria <input type="checkbox"/> 6	f. Carece de la experiencia necesaria <input type="checkbox"/> 6	f. Carece de la experiencia necesaria <input type="checkbox"/> 6	
g. No tiene recursos para instalar un negocio <input type="checkbox"/> 7	g. No tiene recursos para instalar un negocio <input type="checkbox"/> 7	g. No tiene recursos para instalar un negocio <input type="checkbox"/> 7	g. No tiene recursos para instalar un negocio <input type="checkbox"/> 7	
h. Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 8	h. Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 8	h. Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 8	h. Los empleadores lo consideran muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 8	
i. Usted se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. J Pregunta 4	i. Usted se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. J Pregunta 4	i. Usted se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. J Pregunta 4	i. Usted se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. J Pregunta 4	
j. Responsabilidades familiares <input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. J Pregunta 4	j. Responsabilidades familiares <input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. J Pregunta 4	j. Responsabilidades familiares <input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. J Pregunta 4	j. Responsabilidades familiares <input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. J Pregunta 4	
k. Problemas de salud <input type="checkbox"/> 11 Pase a cap. J Pregunta 4	k. Problemas de salud <input type="checkbox"/> 11 Pase a cap. J Pregunta 4	k. Problemas de salud <input type="checkbox"/> 11 Pase a cap. J Pregunta 4	k. Problemas de salud <input type="checkbox"/> 11 Pase a cap. J Pregunta 4	
l. Está estudiando <input type="checkbox"/> 12 Pase a cap. J Pregunta 4	l. Está estudiando <input type="checkbox"/> 12 Pase a cap. J Pregunta 4	l. Está estudiando <input type="checkbox"/> 12 Pase a cap. J Pregunta 4	l. Está estudiando <input type="checkbox"/> 12 Pase a cap. J Pregunta 4	
m. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 13 Pase a cap. J Pregunta 4	m. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 13 Pase a cap. J Pregunta 4	m. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 13 Pase a cap. J Pregunta 4	m. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 13 Pase a cap. J Pregunta 4	

**Observaciones:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## H. FUERZA DE TRABAJO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS) (CONCLUSIÓN)

Durante los últimos 12 meses, ¿... trabajó por lo menos 2 semanas consecutivas?	10	Sí <input type="checkbox"/> 1  No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 12	Sí <input type="checkbox"/> 1  No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 12
Después de su último empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?	11	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 13  No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J Pregunta 4	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 13  No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J Pregunta 4
Durante los últimos 12 meses, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio?	12	Sí <input type="checkbox"/> 1  No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J Pregunta 4	Sí <input type="checkbox"/> 1  No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J Pregunta 4
¿Cuántos meses hace que... dejó de buscar trabajo por última vez?  <small>Solo acepte 01 a 12</small>	13	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses
Si le hubiera resultado algún trabajo a..., ¿estaba disponible la semana pasada para empezar a trabajar?	14	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a cap. J  No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J Pregunta 5	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a cap. J  No <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. J Pregunta 5

**Observaciones:**

Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 12	10
Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 13	
No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4	11
Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 4	12
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses	13						
Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J	Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J	Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J	Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J	
No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 5	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 5	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 5	No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a cap. J Pregunta 5	14

**Observaciones:**

## I. OCUPADOS

### EMPLEO PRINCIPAL (DETERMINE CUÁNTOS EMPLEOS TIENE LA PERSONA Y ESTABLEZCA CUÁL ES EL PRINCIPAL)

¿Qué hace... en este trabajo?	1		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...?	2		
¿En qué municipio y departamento realiza... principalmente este trabajo?	3	Departamento: Municipio:	Departamento: Municipio:
¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que ... realiza su trabajo?	4		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es el principal producto, grupos de productos o servicios que fabrica, comercializa u ofrece la empresa donde .... trabaja o presta sus servicios?	5		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Para realizar este trabajo tiene ... algún tipo de contrato? (verbal o escrito)	6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 13
¿El contrato es verbal o escrito?	7	a. Verbal <input type="checkbox"/> 1 Pase a 9 b. Escrito <input type="checkbox"/> 2 c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 9	a. Verbal <input type="checkbox"/> 1 Pase a 9 b. Escrito <input type="checkbox"/> 2 c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 9
¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?  Si no sabe el número de meses del contrato, registre 98; si la duración del contrato es inferior a 15 días, registre 00; de 15 días a un mes, registre 01; si no informa el número de meses del contrato registre 99.	8	a. A término indefinido <input type="checkbox"/> 1 b. A término fijo <input type="checkbox"/> 2 Número de meses <input type="checkbox"/> 99 c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9	a. A término indefinido <input type="checkbox"/> 1 b. A término fijo <input type="checkbox"/> 2 Número de meses <input type="checkbox"/> 99 c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9
La empresa o persona que contrató a ...., ¿es la misma empresa donde trabaja o presta sus servicios?	9	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 11	Sí <input type="checkbox"/> 1 Pase a 11 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 Pase a 11

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Departamento: <hr/> <hr/>	Departamento: <hr/> <hr/>	Departamento: <hr/> <hr/>	Departamento: <hr/> <hr/>	3
Municipio: <hr/> <hr/>	Municipio: <hr/> <hr/>	Municipio: <hr/> <hr/>	Municipio: <hr/> <hr/>	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 13	7
a. Verbal <input type="checkbox"/> Pase a 9 b. Escrito <input type="checkbox"/> c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 9	a. Verbal <input type="checkbox"/> Pase a 9 b. Escrito <input type="checkbox"/> c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 9	a. Verbal <input type="checkbox"/> Pase a 9 b. Escrito <input type="checkbox"/> c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 9	a. Verbal <input type="checkbox"/> Pase a 9 b. Escrito <input type="checkbox"/> c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 9	8
a. A término indefinido <input type="checkbox"/> b. A término fijo <input type="checkbox"/>  Número de meses <input type="checkbox"/> c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	a. A término indefinido <input type="checkbox"/> b. A término fijo <input type="checkbox"/>  Número de meses <input type="checkbox"/> c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	a. A término indefinido <input type="checkbox"/> b. A término fijo <input type="checkbox"/>  Número de meses <input type="checkbox"/> c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	a. A término indefinido <input type="checkbox"/> b. A término fijo <input type="checkbox"/>  Número de meses <input type="checkbox"/> c. No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	9
Sí <input type="checkbox"/> Pase a 11 No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí <input type="checkbox"/> Pase a 11 No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí <input type="checkbox"/> Pase a 11 No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 11	Sí <input type="checkbox"/> Pase a 11 No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> Pase a 11	

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

### EMPLEO PRINCIPAL (DETERMINE CUÁNTOS EMPLEOS TIENE LA PERSONA Y ESTABLEZCA CUÁL ES EL PRINCIPAL)

<p><b>La empresa que contrató a... es:</b></p>	<b>9A</b>	<p>a. Una empresa de servicios temporales  <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/></p> <p>b. Una cooperativa de trabajo asociado  <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>c. Una empresa asociativa de trabajo  <input type="checkbox"/> 3      <input type="checkbox"/></p> <p>d. Otra,  <input type="checkbox"/> 4      <input type="checkbox"/></p> <p>¿cuál? _____</p>	<p>a. Una empresa de servicios temporales  <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/></p> <p>b. Una cooperativa de trabajo asociado  <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>c. Una empresa asociativa de trabajo  <input type="checkbox"/> 3      <input type="checkbox"/></p> <p>d. Otra,  <input type="checkbox"/> 4      <input type="checkbox"/></p> <p>¿cuál? _____</p>
<p><b>¿Cuál es la actividad de la empresa o persona que lo contrató?</b></p>	<b>10</b>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>¿Está... conforme con el tipo de contrato que tiene?</b> (De planta, por prestación de servicios, por labor terminada, etc.)</p>	<b>11</b>	<p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/></p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/></p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p>
<p><b>¿Por su contrato actual, recibe o tiene derecho a:</b></p>	<b>12</b>	<p>a. Vacaciones con sueldo?  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>b. Prima de navidad?  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>c. Cesantías  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>d. Licencia por enfermedad pagada  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Vacaciones con sueldo?  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>b. Prima de navidad?  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>c. Cesantías  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>d. Licencia por enfermedad pagada  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p>
<p><b>¿Cuánto tiempo lleva... trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si es menos de un mes escriba 000</p>	<b>13</b>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Meses</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Meses</p>
<p><b>En este trabajo... es:</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Lea las alternativas</p>	<b>14</b>	<p>a. Obrero o empleado de empresa particular  <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno  <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico  <input type="checkbox"/> 3      <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia  <input type="checkbox"/> 4      <input type="checkbox"/> Pase a 27</p> <p>e. Patrón o empleador  <input type="checkbox"/> 5      <input type="checkbox"/> Pase a 27</p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración  <input type="checkbox"/> 6      <input type="checkbox"/> Pase a 51</p> <p>g. Jornalero o peón  <input type="checkbox"/> 7      <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro,  <input type="checkbox"/> 8      <input type="checkbox"/> Pase a 31</p> <p>¿cuál? _____</p>	<p>a. Obrero o empleado de empresa particular  <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno  <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico  <input type="checkbox"/> 3      <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia  <input type="checkbox"/> 4      <input type="checkbox"/> Pase a 27</p> <p>e. Patrón o empleador  <input type="checkbox"/> 5      <input type="checkbox"/> Pase a 27</p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración  <input type="checkbox"/> 6      <input type="checkbox"/> Pase a 51</p> <p>g. Jornalero o peón  <input type="checkbox"/> 7      <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro,  <input type="checkbox"/> 8      <input type="checkbox"/> Pase a 31</p> <p>¿cuál? _____</p>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

a. Una empresa de servicios temporales <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ¿cuál? _____	a. Una empresa de servicios temporales <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ¿cuál? _____	a. Una empresa de servicios temporales <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ¿cuál? _____	a. Una empresa de servicios temporales <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ¿cuál? _____
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
a. Vacaciones con sueldo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	a. Vacaciones con sueldo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	a. Vacaciones con sueldo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	a. Vacaciones con sueldo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
b. Prima de navidad? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	b. Prima de navidad? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	b. Prima de navidad? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	b. Prima de navidad? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
c. Cesantías Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	c. Cesantías Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	c. Cesantías Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	c. Cesantías Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
d. Licencia por enfermedad pagada Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	d. Licencia por enfermedad pagada Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	d. Licencia por enfermedad pagada Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	d. Licencia por enfermedad pagada Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses			
a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1
b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2
c. Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3			
d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 Pase a 27	d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 Pase a 27	d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 Pase a 27	d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 Pase a 27
e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 Pase a 27	e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 Pase a 27	e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 Pase a 27	e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 Pase a 27
f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 Pase a 51	f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 Pase a 51	f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 Pase a 51	f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 Pase a 51
g. Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 7			
h. Otro, <input type="checkbox"/> 8 Pase a 31			
¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)****EMPLEO PRINCIPAL-ASALARIADOS (DETERMINE CUÁNTOS EMPLEOS TIENE LA PERSONA Y ESTABLEZCA CUÁL ES EL PRINCIPAL)**

<b>La empresa, negocio o institución en la que ..... trabaja ¿está registrada o tiene:</b>	15	a. Cámara de comercio	<input type="checkbox"/> 1	Sí	<input type="checkbox"/> 1	Cámara de comercio
		No	<input type="checkbox"/> 2	No	<input type="checkbox"/> 2	
		No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9	No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9	
		b. RUT	<input type="checkbox"/> 1	Sí	<input type="checkbox"/> 1	RUT
		No	<input type="checkbox"/> 2	No	<input type="checkbox"/> 2	
		No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9	No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9	
	15 A	c. Personería Jurídica	<input type="checkbox"/> 1	Sí	<input type="checkbox"/> 1	Personería Jurídica
		No	<input type="checkbox"/> 2	No	<input type="checkbox"/> 2	
		No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9	No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9	
<b>La empresa o negocio en la que ..... trabaja tiene una oficina de contabilidad o cuenta con los servicios de un contador?</b>	a. Sí	<input type="checkbox"/> 1	a. Sí	<input type="checkbox"/> 1		
	b. No	<input type="checkbox"/> 2	b. No	<input type="checkbox"/> 2		
	c. No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9	c. No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9		

**Observaciones:**

<b>a. Cámara de comercio</b>			
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>			
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<b>b. RUT</b>			
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>			
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<b>c. Personería Jurídica</b>			
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>			
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<b>a. Sí</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>			
<b>b. No</b> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
<b>c. No sabe, no informa</b> <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<b>c. No sabe, no informa</b> <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<b>c. No sabe, no informa</b> <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<b>c. No sabe, no informa</b> <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

15

15

A

**Observaciones:**

## I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

### EMPLEO PRINCIPAL-ASALARIADOS (DETERMINE CUÁNTOS EMPLEOS TIENE LA PERSONA Y ESTABLEZCA CUÁL ES EL PRINCIPAL)

<p><b>¿Por qué medio principal, .... consiguió su empleo actual?</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Esta pregunta solo acepta una opción de respuesta</small></p>	<b>16</b>	<p>a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <span style="float: right;">3 <input type="checkbox"/></span></p> <p>d. Puso o consultó avisos clasificados <span style="float: right;">4 <input type="checkbox"/></span></p> <p>e. Se presentó a convocatorias <span style="float: right;">5 <input type="checkbox"/></span></p> <p>f. Otro medio, ¿cuál? _____ <span style="float: right;">6 <input type="checkbox"/></span></p> <p>g. No sabe, no informa <span style="float: right;">9 <input type="checkbox"/></span></p>	<p>a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <span style="float: right;">3 <input type="checkbox"/></span></p> <p>d. Puso o consultó avisos clasificados <span style="float: right;">4 <input type="checkbox"/></span></p> <p>e. Se presentó a convocatorias <span style="float: right;">5 <input type="checkbox"/></span></p> <p>f. Otro medio, ¿cuál? _____ <span style="float: right;">6 <input type="checkbox"/></span></p> <p>g. No sabe, no informa <span style="float: right;">9 <input type="checkbox"/></span></p>
<p><b>¿Su empleo actual lo obtuvo a través de páginas de internet?</b></p>	<b>16 A</b>	<p>Sí <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span></p> <p>No <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span></p>	<p>Sí <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span></p> <p>No <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span></p>
<p><b>Antes de descuentos, ¿cuánto ganó... el mes pasado en este empleo?</b> (Incluya propinas y comisiones, y excluya viáticos y pagos en especie)</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;">Si no recibió salario en dinero, registre 00. Si recibió pero no sabe el monto, registre 98. Si no informa el monto que recibió, registre 99.</p>	<b>17</b>	<p>Valor mensual \$ _____</p>	<p>Valor mensual \$ _____</p>
<p><b>¿Le descontaron retención en la fuente a lo que ganó el mes pasado en este empleo?</b></p>	<b>17 A</b>	<p>Sí <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/> ↓</span> valor \$ _____</p> <p>No <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span></p> <p>No sabe, no informa <span style="float: right;">9 <input type="checkbox"/></span></p>	<p>Sí <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/> ↓</span> valor \$ _____</p> <p>No <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span></p> <p>No sabe, no informa <span style="float: right;">9 <input type="checkbox"/></span></p>

**Observaciones:**

---



---



---



---



---



---

a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1	a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1	a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1	a. Pidió ayuda a familiares, amigos, colegas <input type="checkbox"/> 1
b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2	b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2	b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2	b. Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores <input type="checkbox"/> 2
c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> 3	c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> 3	c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> 3	c. Hizo uso de los servicios de agencias o bolsas de empleo, Cajas de Compensación Familiar, SENA, Entes Territoriales (Servicio Público de Empleo - SPE) <input type="checkbox"/> 3
d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4	d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4	d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4	d. Puso o consultó avisos clasificados <input type="checkbox"/> 4
e. Se presentó a convocatorias <input type="checkbox"/> 5			
f. Otro medio, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 6			
g. No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9			
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____	Valor mensual \$ _____
Sí <input type="checkbox"/> 1 valor \$ _____			
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9			

16

16 A

17

17 A

**Observaciones:**

---



---



---



---



---



---



---

## I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

### EMPLEO PRINCIPAL-ASALARIADOS (DETERMINE CUÁNTOS EMPLEOS TIENE LA PERSONA Y ESTABLEZCA CUÁL ES EL PRINCIPAL)

<p><b>¿El mes pasado recibió ingresos por concepto de horas extras?</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Si recibió pero no sabe el monto, registre 98.</p>	<b>18</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<b>19</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<b>20</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<b>21</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<b>22</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	
		<p><b>Además del salario en dinero, ¿el mes pasado recibió alimentos como parte de pago por su trabajo?</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Si recibió pero no sabe estimar el monto, registre 98.</p>				<p><b>Además del salario en dinero, ¿el mes pasado recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Si recibió pero no sabe estimar el monto, registre 98.</p>				<p><b>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 Sodexo)?</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Si recibió pero no sabe estimar el monto, registre 98.</p>	

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿Cuánto recibió? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿Cuánto recibió? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿Cuánto recibió? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿Cuánto recibió? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
18			
<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
19			
<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
20			
<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
21			
<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↘</p> <p>a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
22			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**
**EMPLEO PRINCIPAL-ASALARIADOS (DETERMINE CUÁNTOS EMPLEOS TIENE LA PERSONA Y ESTABLEZCA CUÁL ES EL PRINCIPAL)**

<p><b>¿Cuál o cuáles de los siguientes subsidios recibió... el mes pasado:</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Si recibió pero no sabe el monto, registre 98.</p>	<p style="text-align: center;"><b>23</b></p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>a. Auxilio o subsidio de alimentación?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>a. Auxilio o subsidio de alimentación?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>b. Auxilio o subsidio de transporte?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>b. Auxilio o subsidio de transporte?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>c. Subsidio familiar?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>c. Subsidio familiar?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>d. Subsidio educativo?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><b>d. Subsidio educativo?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p> </td> </tr> </table>	<p><b>a. Auxilio o subsidio de alimentación?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>a. Auxilio o subsidio de alimentación?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>b. Auxilio o subsidio de transporte?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>b. Auxilio o subsidio de transporte?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>c. Subsidio familiar?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>c. Subsidio familiar?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>d. Subsidio educativo?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>d. Subsidio educativo?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>a. Auxilio o subsidio de alimentación?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>a. Auxilio o subsidio de alimentación?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>								
<p><b>b. Auxilio o subsidio de transporte?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>b. Auxilio o subsidio de transporte?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>								
<p><b>c. Subsidio familiar?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>c. Subsidio familiar?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>								
<p><b>d. Subsidio educativo?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>d. Subsidio educativo?</b></p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      ↓</p> <p>a. ¿Cuánto?      \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí      <input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 9</p> <p>No sabe, no informa      <input type="checkbox"/> 9      <input type="checkbox"/> 2</p>								

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>a. Auxilio o subsidio de alimentación?</b>			
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
No No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9			
<b>b. Auxilio o subsidio de transporte?</b>			
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
No No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9			
<b>c. Subsidio familiar?</b>	<b>c. Subsidio familiar?</b>	<b>c. Subsidio familiar?</b>	<b>c. Subsidio familiar?</b>
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
No No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9			
<b>d. Subsidio educativo?</b>	<b>d. Subsidio educativo?</b>	<b>d. Subsidio educativo?</b>	<b>d. Subsidio educativo?</b>
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a. ¿Cuánto?      \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
No No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

## I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

### EMPLEO PRINCIPAL-ASALARIADOS (DETERMINE CUÁNTOS EMPLEOS TIENE LA PERSONA Y ESTABLEZCA CUÁL ES EL PRINCIPAL)

<p><b>¿El mes pasado recibió...:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Si recibió pero no sabe el monto, registre 98.</div>	<b>24</b>	<p><b>a. Primas? (técnica, de antigüedad, clima, orden público, otras, etc.)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p><b>b. Algún tipo de bonificación de carácter mensual?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p><b>a. Primas? (técnica, de antigüedad, clima, orden público, otras, etc.)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p><b>b. Algún tipo de bonificación de carácter mensual?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____</p> <p>b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
---	-----------	---

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>a. Primas? (técnica, de antigüedad, clima, orden público, otras, etc.)</b>	<b>a. Primas? (técnica, de antigüedad, clima, orden público, otras, etc.)</b>	<b>a. Primas? (técnica, de antigüedad, clima, orden público, otras, etc.)</b>	<b>a. Primas? (técnica, de antigüedad, clima, orden público, otras, etc.)</b>
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<b>b. Algún tipo de bonificación de carácter mensual?</b>	<b>b. Algún tipo de bonificación de carácter mensual?</b>	<b>b. Algún tipo de bonificación de carácter mensual?</b>	<b>b. Algún tipo de bonificación de carácter mensual?</b>
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ↓ a. ¿Cuánto? \$ _____ b. ¿Incluyó este valor en los ingresos del mes pasado (\$ _____) que me declaró anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**
**EMPLEO PRINCIPAL-ASALARIADOS (DETERMINE CUÁNTOS EMPLEOS TIENE LA PERSONA Y ESTABLEZCA CUÁL ES EL PRINCIPAL)**

<b>¿En los últimos 12 meses recibió:</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Si recibió pero no sabe el monto, registre 98.</div>	<b>25</b>	<b>a. Prima de servicios?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		<b>a. Prima de servicios?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1										
		1														
		1														
		No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2										
		2														
2																
<b>b. Prima de navidad?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		<b>b. Prima de navidad?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1												
1																
1																
No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2												
2																
2																
<b>c. Prima de vacaciones?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		<b>c. Prima de vacaciones?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1												
1																
1																
No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2												
2																
2																
<b>d. Viáticos permanentes y/o bonificaciones anuales?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		<b>d. Viáticos permanentes y/o bonificaciones anuales?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1												
1																
1																
No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2												
2																
2																
<b>e. Pagos por accidentes de trabajo?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		<b>e. Pagos por accidentes de trabajo?</b> Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1												
1																
1																
No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2												
2																
2																
<b>¿La semana pasada... trabajó horas extras remuneradas?</b>		<b>26</b>	Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ ¿Cuántas? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 51 No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 51	1				2		Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ ¿Cuántas? <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 51 No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 51	1				2	
1																
2																
1																
2																

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>a. Prima de servicios?</b>	<b>a. Prima de servicios?</b>	<b>a. Prima de servicios?</b>	<b>a. Prima de servicios?</b>																								
Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1																	
1																											
1																											
1																											
1																											
No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> b. Prima de navidad?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> b. Prima de navidad?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> b. Prima de navidad?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> b. Prima de navidad?	2																	
2																											
2																											
2																											
2																											
Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1																	
1																											
1																											
1																											
1																											
No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> c. Prima de vacaciones?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> c. Prima de vacaciones?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> c. Prima de vacaciones?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> c. Prima de vacaciones?	2																	
2																											
2																											
2																											
2																											
Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1																	
1																											
1																											
1																											
1																											
No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> d. Viáticos permanentes y/o bonificaciones anuales?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> d. Viáticos permanentes y/o bonificaciones anuales?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> d. Viáticos permanentes y/o bonificaciones anuales?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> d. Viáticos permanentes y/o bonificaciones anuales?	2																	
2																											
2																											
2																											
2																											
Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1																	
1																											
1																											
1																											
1																											
No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> e. Pagos por accidentes de trabajo?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> e. Pagos por accidentes de trabajo?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> e. Pagos por accidentes de trabajo?	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> e. Pagos por accidentes de trabajo?	2																	
2																											
2																											
2																											
2																											
Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1		Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ a. ¿Cuánto recibió? \$ _____	1																	
1																											
1																											
1																											
1																											
No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ ¿Cuántas? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 51	2		1				No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ ¿Cuántas? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 51	2		1				No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ ¿Cuántas? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 51	2		1				No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> ↓ ¿Cuántas? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 51	2		1			
2																											
1																											
2																											
1																											
2																											
1																											
2																											
1																											
No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 51	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 51	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 51	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 51	2																	
2																											
2																											
2																											
2																											

25

26

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**EMPLEO PRINCIPAL-INDEPENDIENTES**

<p><b>En ese trabajo, ¿tiene empleados o personas que le ayudan en su negocio o actividad?</b></p>	<p>27      Sí      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            ¿Cuántos?      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 27A            No      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 27B</p>	1				2		<p>Sí      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            ¿Cuántos?      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 27A            No      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 27B</p>	1				2					
1																		
2																		
1																		
2																		
<p><b>De las personas que ocupa o le ayudan en su negocio o actividad, cuántas son:</b></p>	<p>27 A      Cuántos            a. Trabajadores que reciben un pago      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>            b. Socios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>            c. Trabajadores o familiares sin remuneración      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>							<p>Cuántos            a. Trabajadores que reciben un pago      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>            b. Socios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>            c. Trabajadores o familiares sin remuneración      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>										
<p><b>... ofrece sus servicios o productos:</b></p>	<p>27 B      a. A una sola empresa, negocio, hogar o intermediario      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            b. A varias empresas, negocios, hogares o intermediarios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>            c. Directamente al público      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>            d. No sabe, no informa      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table></p>	1		2		3		4		<p>a. A una sola empresa, negocio, hogar o intermediario      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            b. A varias empresas, negocios, hogares o intermediarios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>            c. Directamente al público      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>            d. No sabe, no informa      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table></p>	1		2		3		4	
1																		
2																		
3																		
4																		
1																		
2																		
3																		
4																		
<p><b>En su trabajo, ¿quién decide sobre su horario de trabajo?</b></p>	<p>28      a. Usted      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            b. Usted y sus socios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>            c. Quien lo contrató      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>            d. Su cliente o proveedor principal      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table></p>	1		2		3		4		<p>a. Usted      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            b. Usted y sus socios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>            c. Quien lo contrató      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>            d. Su cliente o proveedor principal      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table></p>	1		2		3		4	
1																		
2																		
3																		
4																		
1																		
2																		
3																		
4																		
<p><b>En su trabajo, ¿quién decide sobre qué producir o vender?</b></p>	<p>29      a. Usted      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            b. Usted y sus socios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>            c. Quien lo contrató      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>            d. Su cliente o proveedor principal      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table></p>	1		2		3		4		<p>a. Usted      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            b. Usted y sus socios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>            c. Quien lo contrató      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>            d. Su cliente o proveedor principal      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table></p>	1		2		3		4	
1																		
2																		
3																		
4																		
1																		
2																		
3																		
4																		
<p><b>En su trabajo, ¿quién decide sobre el precio de los bienes, productos o servicios prestados?</b></p>	<p>30      a. Usted      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            b. Usted y sus socios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>            c. Quien lo contrató      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>            d. Su cliente o proveedor principal      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table></p>	1		2		3		4		<p>a. Usted      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>            b. Usted y sus socios      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>            c. Quien lo contrató      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>            d. Su cliente o proveedor principal      <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table></p>	1		2		3		4	
1																		
2																		
3																		
4																		
1																		
2																		
3																		
4																		

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 27A	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 27A	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 27A	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 27A	<b>27</b>
No <input type="checkbox"/> Pase a 27B				
Cuántos a. Trabajadores que reciben un pago <input type="checkbox"/> b. Socios <input type="checkbox"/> c. Trabajadores o familiares sin remuneración <input type="checkbox"/>	Cuántos a. Trabajadores que reciben un pago <input type="checkbox"/> b. Socios <input type="checkbox"/> c. Trabajadores o familiares sin remuneración <input type="checkbox"/>	Cuántos a. Trabajadores que reciben un pago <input type="checkbox"/> b. Socios <input type="checkbox"/> c. Trabajadores o familiares sin remuneración <input type="checkbox"/>	Cuántos a. Trabajadores que reciben un pago <input type="checkbox"/> b. Socios <input type="checkbox"/> c. Trabajadores o familiares sin remuneración <input type="checkbox"/>	<b>27 A</b>
a. A una sola empresa, negocio, hogar o intermediario <input type="checkbox"/> b. A varias empresas, negocios, hogares o intermediarios <input type="checkbox"/> c. Directamente al público <input type="checkbox"/> d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	a. A una sola empresa, negocio, hogar o intermediario <input type="checkbox"/> b. A varias empresas, negocios, hogares o intermediarios <input type="checkbox"/> c. Directamente al público <input type="checkbox"/> d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	a. A una sola empresa, negocio, hogar o intermediario <input type="checkbox"/> b. A varias empresas, negocios, hogares o intermediarios <input type="checkbox"/> c. Directamente al público <input type="checkbox"/> d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	a. A una sola empresa, negocio, hogar o intermediario <input type="checkbox"/> b. A varias empresas, negocios, hogares o intermediarios <input type="checkbox"/> c. Directamente al público <input type="checkbox"/> d. No sabe, no informa <input type="checkbox"/>	<b>27 B</b>
a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	<b>28</b>
a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	<b>29</b>
a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	a. Usted <input type="checkbox"/> b. Usted y sus socios <input type="checkbox"/> c. Quien lo contrató <input type="checkbox"/> d. Su cliente o proveedor principal <input type="checkbox"/>	<b>30</b>

**Observaciones:**

---



---



---



---

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**EMPLEO PRINCIPAL-INDEPENDIENTES**

<p><b>En la semana pasada, ¿cuál de las siguientes formas de trabajo realizó:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Lea las alternativas</b></p>	<p><b>31</b></p> <p>a. Trabajó por honorarios o prestación de servicios?  <input type="checkbox"/> 1 Pase a 32</p> <p>b. Trabajó por obra?  <input type="checkbox"/> 2 Pase a 33</p> <p>c. Trabajó por piezas o a destajo? (satélite, maquila, etc.)  <input type="checkbox"/> 3 Pase a 33</p> <p>d. Trabajó por comisión únicamente?  <input type="checkbox"/> 4 Pase a 33</p> <p>e. Trabajó vendiendo por catálogo?  <input type="checkbox"/> 5 Pase a 33</p> <p>f. Trabajó en su oficio? (plomero, taxista, doméstica por días, etc.)  <input type="checkbox"/> 6 Pase a 33</p> <p>g. Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca?  <input type="checkbox"/> 7 Pase a 37</p> <p>h. Otra,  <input type="checkbox"/> 8 Pase a 33          ¿cuál? _____</p>	<p>a. Trabajó por honorarios o prestación de servicios?  <input type="checkbox"/> 1 Pase a 32</p> <p>b. Trabajó por obra?  <input type="checkbox"/> 2 Pase a 33</p> <p>c. Trabajó por piezas o a destajo? (satélite, maquila, etc.)  <input type="checkbox"/> 3 Pase a 33</p> <p>d. Trabajó por comisión únicamente?  <input type="checkbox"/> 4 Pase a 33</p> <p>e. Trabajó vendiendo por catálogo?  <input type="checkbox"/> 5 Pase a 33</p> <p>f. Trabajó en su oficio? (plomero, taxista, doméstica por días, etc.)  <input type="checkbox"/> 6 Pase a 33</p> <p>g. Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca?  <input type="checkbox"/> 7 Pase a 37</p> <p>h. Otra,  <input type="checkbox"/> 8 Pase a 33          ¿cuál? _____</p>
<p><b>Antes de descuentos, ¿Cuánto recibió ... el mes pasado por concepto de honorarios profesionales?</b></p> <p style="text-align: center;">Si no obtuvo honorarios profesionales, registre 00, si obtuvo pero no sabe el monto, registre 98; si no informa si obtuvo, registre 99.</p>	<p><b>32</b></p> <p>Honorarios profesionales en el mes pasado          Valor \$ _____ Pase a 34</p> <p style="text-align: center;"><b>Si registró 00 pase a 35</b></p>	<p>Honorarios profesionales en el mes pasado          Valor \$ _____ Pase a 34</p> <p style="text-align: center;"><b>Si registró 00 pase a 35</b></p>
<p><b>Antes de descuentos, ¿Cuánto recibió ... el mes pasado por concepto de ingresos o comisiones?</b></p> <p style="text-align: center;">Si no obtuvo ingresos o comisiones, registre 00, si obtuvo pero no sabe el monto, registre 98; si no informa si obtuvo, registre 99.</p>	<p><b>33</b></p> <p>Ingresos o comisiones en el mes pasado          Valor \$ _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Si registró 00 pase a 35</b></p>	<p>Ingresos o comisiones en el mes pasado          Valor \$ _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Si registró 00 pase a 35</b></p>
<p><b>¿A cuántos meses corresponde lo que recibió?</b></p>	<p><b>34</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Meses</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Meses</p>
<p><b>¿Le descontaron retención en la fuente a lo que ganó el mes pasado en este empleo?</b></p>	<p><b>34 A</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>
<p><b>Además de ingresos en dinero, ¿el mes pasado recibió alimentos como parte de pago por su trabajo?</b></p> <p style="text-align: center;">Si recibió pero no sabe estimar el monto, registre 98</p>	<p><b>35</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 a. ¿En cuánto estima lo que recibió?          \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 a. ¿En cuánto estima lo que recibió?          \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9</p>

a. Trabajó por honorarios o prestación de servicios?  1 <input type="checkbox"/> Pase a 32	a. Trabajó por honorarios o prestación de servicios?  1 <input type="checkbox"/> Pase a 32	a. Trabajó por honorarios o prestación de servicios?  1 <input type="checkbox"/> Pase a 32	a. Trabajó por honorarios o prestación de servicios?  1 <input type="checkbox"/> Pase a 32
b. Trabajó por obra?  2 <input type="checkbox"/> Pase a 33	b. Trabajó por obra?  2 <input type="checkbox"/> Pase a 33	b. Trabajó por obra?  2 <input type="checkbox"/> Pase a 33	b. Trabajó por obra?  2 <input type="checkbox"/> Pase a 33
c. Trabajó por piezas o a destajo? (satélite, maquila, etc.)  3 <input type="checkbox"/> Pase a 33	c. Trabajó por piezas o a destajo? (satélite, maquila, etc.)  3 <input type="checkbox"/> Pase a 33	c. Trabajó por piezas o a destajo? (satélite, maquila, etc.)  3 <input type="checkbox"/> Pase a 33	c. Trabajó por piezas o a destajo? (satélite, maquila, etc.)  3 <input type="checkbox"/> Pase a 33
d. Trabajó por comisión únicamente?  4 <input type="checkbox"/> Pase a 33	d. Trabajó por comisión únicamente?  4 <input type="checkbox"/> Pase a 33	d. Trabajó por comisión únicamente?  4 <input type="checkbox"/> Pase a 33	d. Trabajó por comisión únicamente?  4 <input type="checkbox"/> Pase a 33
e. Trabajó vendiendo por catálogo?  5 <input type="checkbox"/> Pase a 33	e. Trabajó vendiendo por catálogo?  5 <input type="checkbox"/> Pase a 33	e. Trabajó vendiendo por catálogo?  5 <input type="checkbox"/> Pase a 33	e. Trabajó vendiendo por catálogo?  5 <input type="checkbox"/> Pase a 33
f. Trabajó en su oficio? (plomero, taxista, doméstica por días, etc.)  6 <input type="checkbox"/> Pase a 33	f. Trabajó en su oficio? (plomero, taxista, doméstica por días, etc.)  6 <input type="checkbox"/> Pase a 33	f. Trabajó en su oficio? (plomero, taxista, doméstica por días, etc.)  6 <input type="checkbox"/> Pase a 33	f. Trabajó en su oficio? (plomero, taxista, doméstica por días, etc.)  6 <input type="checkbox"/> Pase a 33
g. Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca?  7 <input type="checkbox"/> Pase a 37	g. Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca?  7 <input type="checkbox"/> Pase a 37	g. Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca?  7 <input type="checkbox"/> Pase a 37	g. Tiene un negocio de industria, comercio, servicios o una finca?  7 <input type="checkbox"/> Pase a 37
h. Otra,  8 <input type="checkbox"/> Pase a 33  ¿cuál? _____	h. Otra,  8 <input type="checkbox"/> Pase a 33  ¿cuál? _____	h. Otra,  8 <input type="checkbox"/> Pase a 33  ¿cuál? _____	h. Otra,  8 <input type="checkbox"/> Pase a 33  ¿cuál? _____
Honorarios profesionales en el mes pasado  Valor \$ _____ Pase a 34	Honorarios profesionales en el mes pasado  Valor \$ _____ Pase a 34	Honorarios profesionales en el mes pasado  Valor \$ _____ Pase a 34	Honorarios profesionales en el mes pasado  Valor \$ _____ Pase a 34
<b>Si registró 00 pase a 35</b>			
Ingresos o comisiones en el mes pasado  Valor \$ _____	Ingresos o comisiones en el mes pasado  Valor \$ _____	Ingresos o comisiones en el mes pasado  Valor \$ _____	Ingresos o comisiones en el mes pasado  Valor \$ _____
<b>Si registró 00 pase a 35</b>			
<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses
Sí 1 <input type="checkbox"/> Valor \$ _____			
No 2 <input type="checkbox"/>			
No sabe, no informa 9 <input type="checkbox"/>			
Sí 1 <input type="checkbox"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió?  \$ _____	Sí 1 <input type="checkbox"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió?  \$ _____	Sí 1 <input type="checkbox"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió?  \$ _____	Sí 1 <input type="checkbox"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió?  \$ _____
No 2 <input type="checkbox"/>			
No sabe, no informa 9 <input type="checkbox"/>			

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**EMPLEO PRINCIPAL-INDEPENDIENTES**

<p><b>Además de ingresos en dinero, ¿el mes pasado recibió vivienda como parte de pago por su trabajo?</b></p> <p><b>Si recibió pero no sabe estimar el monto, registre 98</b></p>	<p>36</p> <p>Sí      <input type="text" value="1"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No      <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>	<p>Sí      <input type="text" value="1"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____</p> <p>No      <input type="text" value="2"/></p> <p>No sabe, no informa <input type="text" value="9"/></p>																																				
		Pase a 46																																				
<p><b>La semana pasada, ¿qué tipo de actividad realizó en su negocio?</b></p>	<p>37</p> <p>a. Producción, compra y venta de mercancías o prestación de servicios <input type="text" value="1"/> Pase a 38</p> <p>b. Producción / extracción (agricultura, pesca, minas, etc.) de bienes agropecuarios <input type="text" value="2"/> Pase a 41</p>	<p>a. Producción, compra y venta de mercancías o prestación de servicios <input type="text" value="1"/> Pase a 38</p> <p>b. Producción / extracción (agricultura, pesca, minas, etc.) de bienes agropecuarios <input type="text" value="2"/> Pase a 41</p>																																				
		Pase a 46																																				
<p><b>¿Cuál fue el valor de las ventas o ingresos totales de su actividad o negocio, el mes pasado?</b></p> <p><b>Si no obtuvo ventas o ingresos, registre 00, si obtuvo pero no sabe el monto, registre 98; si no informa si obtuvo, registre 99.</b></p>	<p>38</p> <p>Ventas o ingresos totales en el mes pasado Valor \$ _____</p>	<p>Ventas o ingresos totales en el mes pasado Valor \$ _____</p>																																				
		Pase a 47																																				
<p><b>¿A cuántos meses corresponde lo que recibió?</b></p>	<p>39</p> <p><input type="text" value="  "/> Meses</p>	<p><input type="text" value="  "/> Meses</p>																																				
		Pase a 47																																				
<p><b>¿Cuánto pagó durante el mes anterior, para el funcionamiento del negocio o actividad, por los siguientes conceptos?</b></p> <p><b>Si no tuvo pagos asociados a algún concepto, registre 00, si los tuvo pero no sabe el monto, registre 98; si no informa si tuvo, registre 99.</b></p>	<p>40</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CONCEPTO</th> <th style="text-align: center;">Valor mensual \$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>A</b></td> <td>Salarios u honorarios</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td>Insumos para la producción y/o compra de mercancías</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>C</b></td> <td>Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td>Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>E</b></td> <td>Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CONCEPTO	Valor mensual \$	<b>A</b>	Salarios u honorarios		<b>B</b>	Insumos para la producción y/o compra de mercancías		<b>C</b>	Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad		<b>D</b>	Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet		<b>E</b>	Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CONCEPTO</th> <th style="text-align: center;">Valor mensual \$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>A</b></td> <td>Salarios u honorarios</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td>Insumos para la producción y/o compra de mercancías</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>C</b></td> <td>Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td>Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>E</b></td> <td>Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CONCEPTO	Valor mensual \$	<b>A</b>	Salarios u honorarios		<b>B</b>	Insumos para la producción y/o compra de mercancías		<b>C</b>	Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad		<b>D</b>	Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet		<b>E</b>	Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos	
	CONCEPTO	Valor mensual \$																																				
<b>A</b>	Salarios u honorarios																																					
<b>B</b>	Insumos para la producción y/o compra de mercancías																																					
<b>C</b>	Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad																																					
<b>D</b>	Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet																																					
<b>E</b>	Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos																																					
	CONCEPTO	Valor mensual \$																																				
<b>A</b>	Salarios u honorarios																																					
<b>B</b>	Insumos para la producción y/o compra de mercancías																																					
<b>C</b>	Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad																																					
<b>D</b>	Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet																																					
<b>E</b>	Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos																																					
		Pase a 47																																				
<p><b>¿Cuál fue el valor de las ventas o ingresos totales de productos agrícolas, ganaderos, pesqueros o actividades mineras, en los últimos 12 meses?</b></p> <p><b>Si no obtuvo ventas o ingresos, registre 00, si obtuvo pero no sabe el monto, registre 98; si no informa si obtuvo, registre 99.</b></p>	<p>41</p> <p>Ventas o ingresos totales en los últimos 12 meses Valor \$ _____</p>	<p>Ventas o ingresos totales en los últimos 12 meses Valor \$ _____</p>																																				
		Pase a 47																																				

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sí <input type="checkbox"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> a. ¿En cuánto estima lo que recibió? \$ _____	36
No <input type="checkbox"/> _____	No <input type="checkbox"/> _____	No <input type="checkbox"/> _____	No <input type="checkbox"/> _____	
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> _____	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> _____	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> _____	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> _____	
a. Producción, compra y venta de mercancías o prestación de servicios <input type="checkbox"/> Pase a 38		a. Producción, compra y venta de mercancías o prestación de servicios <input type="checkbox"/> Pase a 38		37
b. Producción / extracción (agricultura, pesca, minas, etc.) de bienes agropecuarios <input type="checkbox"/> Pase a 41		b. Producción / extracción (agricultura, pesca, minas, etc.) de bienes agropecuarios <input type="checkbox"/> Pase a 41		
Ventas o ingresos totales en el mes pasado Valor \$ _____		Ventas o ingresos totales en el mes pasado Valor \$ _____		38
<input type="checkbox"/> Meses		<input type="checkbox"/> Meses		39
<b>A</b> CONCEPTO Salarios u honorarios	<b>A</b> CONCEPTO Salarios u honorarios	<b>A</b> CONCEPTO Salarios u honorarios	<b>A</b> CONCEPTO Salarios u honorarios	40
<b>B</b> Insumos para la producción y/o compra de mercancías	<b>B</b> Insumos para la producción y/o compra de mercancías	<b>B</b> Insumos para la producción y/o compra de mercancías	<b>B</b> Insumos para la producción y/o compra de mercancías	
<b>C</b> Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad	<b>C</b> Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad	<b>C</b> Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad	<b>C</b> Arrendamiento o alquiler de edificio, local, bodega o sitio para realizar su actividad	
<b>D</b> Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet	<b>D</b> Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet	<b>D</b> Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet	<b>D</b> Servicios básicos como agua, alcantarillado, gas natural, gas propano en pipeta, luz, teléfono o internet	
<b>E</b> Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos	<b>E</b> Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos	<b>E</b> Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos	<b>E</b> Transporte, combustible, mantenimiento, reparaciones, alquileres de bienes inmuebles, maquinarias y/o equipos	
Ventas o ingresos totales en los últimos 12 meses Valor \$ _____		Ventas o ingresos totales en los últimos 12 meses Valor \$ _____		41

**Observaciones:**

---



---



---



---

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**EMPLEO PRINCIPAL-INDEPENDIENTES**

<b>¿A cuántos meses corresponde lo que recibió?</b>	42	Meses			
		Meses			
<b>¿Cuánto pagó en los últimos 12 meses, para el funcionamiento del negocio o actividad, por los siguientes conceptos?</b>	43	<b>CONCEPTO</b>	<b>Valor anual \$</b>		
		<b>A</b>	Pago a trabajadores (salarios, honorarios, jornales, destajo, otros)		
		<b>B</b>	Servicios profesionales (agrónomo, veterinario, zootecnista, biólogo, etc.)		
		<b>C</b>	Transporte y alquiler de maquinaria y equipos		
		<b>D</b>	Combustibles, lubricantes y mantenimiento de maquinaria y equipo		
		<b>E</b>	Abono, fertilizante, herbicidas, insecticidas, fungicidas, semillas y riego		
		<b>F</b>	Vacunas y productos veterinarios		
		<b>G</b>	Compra de animales o reproductores		
		<b>H</b>	Alimentos y suplementos para animales		
		<b>I</b>	Arrendamiento de tierras		
<b>¿En el mes anterior, usted o algún miembro del hogar tomó algo de lo que cultivó, produjo o extrajo para consumo del hogar?</b>	44	Sí      1 <input type="text"/>	↓ ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)? <input type="text"/> <input type="text"/>		
		No      2 <input type="text"/>			
		No sabe, no informa      9 <input type="text"/>			
		<b>¿Usted es propietario de la totalidad o parte de la tierra, terreno o granja donde realiza su actividad productiva?</b>	45	Sí      1 <input type="text"/>	↓ Si tuviera que pagar arriendo por ese terreno, tierra o granja; ¿cuánto estima que pagaría mensualmente? <input type="text"/> <input type="text"/>
				No      2 <input type="text"/>	
				No sabe, no informa      9 <input type="text"/>	→ Pase a 47
				Sí      1 <input type="text"/>	↓ Si tuviera que pagar arriendo por ese terreno, tierra o granja; ¿cuánto estima que pagaría mensualmente? <input type="text"/> <input type="text"/>
				No      2 <input type="text"/>	
				No sabe, no informa      9 <input type="text"/>	→ Pase a 47
				Sí      1 <input type="text"/>	
No      2 <input type="text"/>					
No sabe, no informa      9 <input type="text"/>					

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	Meses	Meses	Meses	Meses	
	CONCEPTO	Valor anual \$	CONCEPTO	Valor anual \$	
A	Pago a trabajadores (salarios, honorarios, jornales, destajo, otros)		A	Pago a trabajadores (salarios, honorarios, jornales, destajo, otros)	
B	Servicios profesionales (agrónomo, veterinario, zootecnista, biólogo, etc.)		B	Servicios profesionales (agrónomo, veterinario, zootecnista, biólogo, etc.)	
C	Transporte y alquiler de maquinaria y equipos		C	Transporte y alquiler de maquinaria y equipos	
D	Combustibles, lubricantes y mantenimiento de maquinaria y equipo		D	Combustibles, lubricantes y mantenimiento de maquinaria y equipo	
E	Abono, fertilizante, herbicidas, insecticidas, fungicidas, semillas y riego		E	Abono, fertilizante, herbicidas, insecticidas, fungicidas, semillas y riego	
F	Vacunas y productos veterinarios		F	Vacunas y productos veterinarios	
G	Compra de animales o reproductores		G	Compra de animales o reproductores	
H	Alimentos y suplementos para animales		H	Alimentos y suplementos para animales	
I	Arrendamiento de tierras		I	Arrendamiento de tierras	

Sí      [1]	↓ ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?      [ ]	Sí      [1]	↓ ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?      [ ]	Sí      [1]	↓ ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?      [ ]	Sí      [1]	↓ ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?      [ ]
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]	
Sí      [1]	↓ Si tuviera que pagar arriendo por ese terreno, tierra o granja; ¿cuánto estima que tendría que pagar mensualmente?      [ ]	Sí      [1]	↓ Si tuviera que pagar arriendo por ese terreno, tierra o granja; ¿cuánto estima que tendría que pagar mensualmente?      [ ]	Sí      [1]	↓ Si tuviera que pagar arriendo por ese terreno, tierra o granja; ¿cuánto estima que tendría que pagar mensualmente?      [ ]	Sí      [1]	↓ Si tuviera que pagar arriendo por ese terreno, tierra o granja; ¿cuánto estima que tendría que pagar mensualmente?      [ ]
No      [2]	→ Pase a 47						
No sabe, no informa      [9]		No sabe, no informa      [9]		No sabe, no informa      [9]		No sabe, no informa      [9]	

**Observaciones:**

---



---



---



---

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**EMPLEO PRINCIPAL-INDEPENDIENTES**

<p><b>La empresa o negocio en la que .... realiza su trabajo ¿está registrada ante la cámara de comercio? (¿tiene registro mercantil?)</b>   Aplica a los trabajadores por cuenta propia que NO tienen un negocio de industria, comercio, servicios o una finca</p>	<b>46</b>	Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1	
	1						
	1						
No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2			
2							
2							
No sabe, no informa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		No sabe, no informa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9			
9							
9							
<p><b>La empresa o negocio en la que .... trabaja tiene una oficina de contabilidad o cuenta con los servicios de un contador?</b>   Aplica a los trabajadores por cuenta propia que NO tienen un negocio de industria, comercio, servicios o una finca</p>	<b>46 A</b>	Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	1		Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	1	
	1						
	1						
No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	2		No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	2			
2							
2							
No sabe, no informa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	9		No sabe, no informa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	9			
9							
9							
<p><b>¿ .... ha registrado el negocio ante la cámara de comercio? (¿tiene registro mercantil?)</b>   Aplica para independientes que tienen un negocio de industria, comercio, servicios o una finca</p>	<b>47</b>	Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1	
	1						
1							
No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 47C	2		No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 47C	2			
2							
2							
<p><b>¿ ... ha renovado ese registro?</b></p>	<b>47 A</b>	Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1	
	1						
1							
No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 47C	2		No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 47C	2			
2							
2							
<b>¿Cuál fue el último año en el que renovó este registro?</b>	<b>47 B</b>	_____	_____				
		Año	Año				
<p><b>¿El negocio o actividad de .... lleva contabilidad (realiza anualmente balance general y estado de pérdidas y ganancias), o libro de registro diario de operaciones?</b></p>	<b>47 C</b>	Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1	
	1						
	1						
	No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	2		No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	2		
2							
2							
No aplica <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	3		No aplica <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	3			
3							
3							
No sabe <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	9		No sabe <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table> Pase a 48	9			
9							
9							
<p><b>¿A través de la contabilidad se pueden separar los gastos del negocio de los gastos del hogar?</b></p>	<b>47 D</b>	Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1	
	1						
	1						
No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		No <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2			
2							
2							
No sabe, no informa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3		No sabe, no informa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3			
3							
3							

Observaciones:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Sí	<input type="checkbox"/> 1							
No	<input type="checkbox"/> 2							
No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9							
Sí	<input type="checkbox"/> 1 Pase a 48	Sí	<input type="checkbox"/> 1 Pase a 48	Sí	<input type="checkbox"/> 1 Pase a 48	Sí	<input type="checkbox"/> 1 Pase a 48	
No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 48	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 48	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 48	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 48	
No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9 Pase a 48	No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9 Pase a 48	No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9 Pase a 48	No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9 Pase a 48	
Sí	<input type="checkbox"/> 1							
No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 47C	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 47C	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 47C	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 47C	
Sí	<input type="checkbox"/> 1							
No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 47C	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 47C	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 47C	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 47C	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	Año		Año		Año		Año	
Sí	<input type="checkbox"/> 1							
No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 48	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 48	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 48	No	<input type="checkbox"/> 2 Pase a 48	
No aplica	<input type="checkbox"/> 3 Pase a 48	No aplica	<input type="checkbox"/> 3 Pase a 48	No aplica	<input type="checkbox"/> 3 Pase a 48	No aplica	<input type="checkbox"/> 3 Pase a 48	
No sabe	<input type="checkbox"/> 9 Pase a 48	No sabe	<input type="checkbox"/> 9 Pase a 48	No sabe	<input type="checkbox"/> 9 Pase a 48	No sabe	<input type="checkbox"/> 9 Pase a 48	
Sí	<input type="checkbox"/> 1							
No	<input type="checkbox"/> 2							
No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 3							

Observaciones:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**EMPLEO PRINCIPAL-INDEPENDIENTES**

<p><b>¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de ... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el mes pasado ?</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Si no obtuvo ganancias, registre 00, si obtuvo pero no sabe el monto, registre 98; si no informa si obtuvo, registre 99.</p>	<b>48</b>	Honorarios o ganancia neta en el mes pasado  Valor \$ _____	Honorarios o ganancia neta en el mes pasado  Valor \$ _____
<p><b>¿ A cuántos meses corresponde lo que recibió?</b></p>	<b>49</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses
<p>SOLO PARA CENTROS POBLADOS Y ÁREA RURAL DISPERSA</p> <p><b>¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los últimos doce meses?</b></p>	<b>49 A</b>	Honorarios o ganancia neta en los últimos doce meses  Valor \$ _____	Honorarios o ganancia neta en los últimos doce meses  Valor \$ _____
<p><b>Este trabajo es:</b></p>	<b>50</b>	a. Ocasional? (De vez en cuando) <input type="checkbox"/> b. Estacional? (En ciertas épocas del año, cosechas, temporadas) <input type="checkbox"/> c. Permanente? <input type="checkbox"/> d. Otro?, especifique _____ <input type="checkbox"/>	a. Ocasional? (De vez en cuando) <input type="checkbox"/> b. Estacional? (En ciertas épocas del año, cosechas, temporadas) <input type="checkbox"/> c. Permanente? <input type="checkbox"/> d. Otro?, especifique _____ <input type="checkbox"/>
<p><b>¿Cuál es la razón principal por la que trabaja en forma independiente en lugar de trabajar para un empleador o patrono ?</b></p>	<b>50 A</b>	a. No encontró trabajo como asalariado <input type="checkbox"/> b. Por despido <input type="checkbox"/> c. Más independencia <input type="checkbox"/> d. Horario de trabajo más flexible <input type="checkbox"/> e. Se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> f. Empezó su empresa o negocio <input type="checkbox"/> g. Trabaja en un negocio familiar <input type="checkbox"/> h. Mayor nivel de ingreso <input type="checkbox"/> i. Por tradición familiar <input type="checkbox"/> j. Considera que no tiene los estudios necesarios <input type="checkbox"/> k. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>	a. No encontró trabajo como asalariado <input type="checkbox"/> b. Por despido <input type="checkbox"/> c. Más independencia <input type="checkbox"/> d. Horario de trabajo más flexible <input type="checkbox"/> e. Se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> f. Empezó su empresa o negocio <input type="checkbox"/> g. Trabaja en un negocio familiar <input type="checkbox"/> h. Mayor nivel de ingreso <input type="checkbox"/> i. Por tradición familiar <input type="checkbox"/> j. Considera que no tiene los estudios necesarios <input type="checkbox"/> k. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>
<p><b>Si le ofrecieran un empleo como asalariado, en el cuál ganara lo mismo que obtiene actualmente pero con prestaciones, ¿aceptaría?</b></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">(Vacaciones remuneradas, cesantías, primas, afiliación a salud y pensiones)</p>	<b>50 B</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

Honorarios o ganancia neta en el mes pasado Valor \$ _____	Honorarios o ganancia neta en el mes pasado Valor \$ _____	Honorarios o ganancia neta en el mes pasado Valor \$ _____	Honorarios o ganancia neta en el mes pasado Valor \$ _____	48																		
<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	49																		
Honorarios o ganancia neta en los últimos doce meses Valor \$ _____	Honorarios o ganancia neta en los últimos doce meses Valor \$ _____	Honorarios o ganancia neta en los últimos doce meses Valor \$ _____	Honorarios o ganancia neta en los últimos doce meses Valor \$ _____	49 A																		
a. Ocasional? (De vez en cuando) <input type="checkbox"/> 1	b. Estacional? (En ciertas épocas del año, cosechas, temporadas) <input type="checkbox"/> 2	c. Permanente? <input type="checkbox"/> 3	d. Otro?, especifique _____ <input type="checkbox"/> 4	a. Ocasional? (De vez en cuando) <input type="checkbox"/> 1	b. Estacional? (En ciertas épocas del año, cosechas, temporadas) <input type="checkbox"/> 2	c. Permanente? <input type="checkbox"/> 3	d. Otro?, especifique _____ <input type="checkbox"/> 4	a. Ocasional? (De vez en cuando) <input type="checkbox"/> 1	b. Estacional? (En ciertas épocas del año, cosechas, temporadas) <input type="checkbox"/> 2	c. Permanente? <input type="checkbox"/> 3	d. Otro?, especifique _____ <input type="checkbox"/> 4	50										
a. No encontró trabajo como asalariado <input type="checkbox"/> 1	b. Por despido <input type="checkbox"/> 2	c. Más independencia <input type="checkbox"/> 3	d. Horario de trabajo más flexible <input type="checkbox"/> 4	e. Se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 5	f. Empezó su empresa o negocio <input type="checkbox"/> 6	g. Trabaja en un negocio familiar <input type="checkbox"/> 7	h. Mayor nivel de ingreso <input type="checkbox"/> 8	i. Por tradición familiar <input type="checkbox"/> 9	j. Considera que no tiene los estudios necesarios <input type="checkbox"/> 10	k. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 11	a. No encontró trabajo como asalariado <input type="checkbox"/> 1	b. Por despido <input type="checkbox"/> 2	c. Más independencia <input type="checkbox"/> 3	d. Horario de trabajo más flexible <input type="checkbox"/> 4	e. Se considera muy joven o muy viejo <input type="checkbox"/> 5	f. Empezó su empresa o negocio <input type="checkbox"/> 6	g. Trabaja en un negocio familiar <input type="checkbox"/> 7	h. Mayor nivel de ingreso <input type="checkbox"/> 8	i. Por tradición familiar <input type="checkbox"/> 9	j. Considera que no tiene los estudios necesarios <input type="checkbox"/> 10	k. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 11	50 A
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2		50 B										

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**
**EMPLEO PRINCIPAL-TOTAL OCUPADOS (ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACION)**

<b>¿Cuántos meses trabajó en los últimos 12 meses?</b>	51	<input type="text"/> Meses	<input type="text"/> Meses
<b>¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente.... en este trabajo?</b>	52	<input type="text"/> Horas Si son 040 horas o más pase a 54	<input type="text"/> Horas Si son 040 horas o más pase a 54
<b>¿Cuál es la razón por la que trabaja normalmente menos de 40 horas a la semana?</b>	53	<p>a. Es lo único que ha conseguido pero quiere trabajar más horas <input type="text"/> 1</p> <p>b. Es la jornada que se ajusta a sus necesidades <input type="text"/> 2</p> <p>c. Otra, <input type="text"/> 3</p> <p>¿cuál? _____</p>	<p>a. Es lo único que ha conseguido pero quiere trabajar más horas <input type="text"/> 1</p> <p>b. Es la jornada que se ajusta a sus necesidades <input type="text"/> 2</p> <p>c. Otra, <input type="text"/> 3</p> <p>¿cuál? _____</p>
<b>¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?</b>	54	<input type="text"/> Horas	<input type="text"/> Horas
SOLO REALICE ESTA PREGUNTA, SI I_54 ES MENOR A I_52 <b>¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?</b>	55	<p>a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="text"/> 1 Pase a 55A</p> <p>b. Festivos <input type="text"/> 2 Pase a 56</p> <p>c. Vacaciones <input type="text"/> 3 Pase a 56</p> <p>d. Capacitación <input type="text"/> 4 Pase a 56</p> <p>e. Suspensión o terminación del empleo <input type="text"/> 5 Pase a 55A</p> <p>f. Reducción de la actividad económica de la empresa <input type="text"/> 6 Pase a 55A</p> <p>g. Otra, <input type="text"/> 7 Pase a 56</p> <p>¿cuál? _____</p>	<p>a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="text"/> 1 Pase a 55A</p> <p>b. Festivos <input type="text"/> 2 Pase a 56</p> <p>c. Vacaciones <input type="text"/> 3 Pase a 56</p> <p>d. Capacitación <input type="text"/> 4 Pase a 56</p> <p>e. Suspensión o terminación del empleo <input type="text"/> 5 Pase a 55A</p> <p>f. Reducción de la actividad económica de la empresa <input type="text"/> 6 Pase a 55A</p> <p>g. Otra, <input type="text"/> 7 Pase a 56</p> <p>¿cuál? _____</p>
<b>¿Esta razón está asociada a la pandemia de COVID-19?</b> SOLO REALICE ESTA PREGUNTA, SI I_54 ES MENOR A I_52 e I_55 = 1, 5, ó 6.	55 A	<p>Sí <input type="text"/> 1</p> <p>No <input type="text"/> 2</p>	<p>Sí <input type="text"/> 1</p> <p>No <input type="text"/> 2</p>

Observaciones:

<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	51
<input type="checkbox"/> Horas Si son 040 horas o más pase a 54	<input type="checkbox"/> Horas Si son 040 horas o más pase a 54	<input type="checkbox"/> Horas Si son 040 horas o más pase a 54	<input type="checkbox"/> Horas Si son 040 horas o más pase a 54	52
a. Es lo único que ha conseguido pero quiere trabajar más horas <input type="checkbox"/> 1	a. Es lo único que ha conseguido pero quiere trabajar más horas <input type="checkbox"/> 1	a. Es lo único que ha conseguido pero quiere trabajar más horas <input type="checkbox"/> 1	a. Es lo único que ha conseguido pero quiere trabajar más horas <input type="checkbox"/> 1	53
b. Es la jornada que se ajusta a sus necesidades <input type="checkbox"/> 2	b. Es la jornada que se ajusta a sus necesidades <input type="checkbox"/> 2	b. Es la jornada que se ajusta a sus necesidades <input type="checkbox"/> 2	b. Es la jornada que se ajusta a sus necesidades <input type="checkbox"/> 2	53
c. Otra, <input type="checkbox"/> 3	53			
¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	
<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas	54
a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> 1 Pase a 55A	a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> 1 Pase a 55A	a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> 1 Pase a 55A	a. Enfermedad, permiso o licencia <input type="checkbox"/> 1 Pase a 55A	55
b. Festivos <input type="checkbox"/> 2 Pase a 56	55			
c. Vacaciones <input type="checkbox"/> 3 Pase a 56	55			
d. Capacitación <input type="checkbox"/> 4 Pase a 56	55			
e. Suspensión o terminación del empleo <input type="checkbox"/> 5 Pase a 55A	e. Suspensión o terminación del empleo <input type="checkbox"/> 5 Pase a 55A	e. Suspensión o terminación del empleo <input type="checkbox"/> 5 Pase a 55A	e. Suspensión o terminación del empleo <input type="checkbox"/> 5 Pase a 55A	55
f. Reducción de la actividad económica de la empresa <input type="checkbox"/> 6 Pase a 55A	f. Reducción de la actividad económica de la empresa <input type="checkbox"/> 6 Pase a 55A	f. Reducción de la actividad económica de la empresa <input type="checkbox"/> 6 Pase a 55A	f. Reducción de la actividad económica de la empresa <input type="checkbox"/> 6 Pase a 55A	55
g. Otra, <input type="checkbox"/> 7 Pase a 56	55			
¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	A
Sí <input type="checkbox"/> 1	55 A			
No <input type="checkbox"/> 2				

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

### EMPLEO PRINCIPAL-TOTAL OCUPADOS (ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACIÓN)

<p><b>¿Cuántas personas en total tiene la empresa, negocio, industria, oficina, firma, finca o sitio donde... trabaja?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Espere respuesta</b></p>	<b>56</b>	<p>a. Trabaja solo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. 2 a 3 personas <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 4 a 5 personas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. 6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. 11 a 19 personas <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. 20 a 30 personas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>g. 31 a 50 personas <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. 51 a 100 personas <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>i. 101 a 200 personas <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>j. 201 o más personass <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Trabaja solo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. 2 a 3 personas <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 4 a 5 personas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. 6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. 11 a 19 personas <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. 20 a 30 personas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>g. 31 a 50 personas <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. 51 a 100 personas <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>i. 101 a 200 personas <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>j. 201 o más personass <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Dónde realiza principalmente su trabajo:</b></p>	<b>57</b>	<p>a. En esta vivienda <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. En kiosco-casetas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. En un vehículo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. De puerta en puerta <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>i. En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>j. En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Otro, <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. En esta vivienda <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. En kiosco-casetas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. En un vehículo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. De puerta en puerta <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>i. En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>j. En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Otro, <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/></p>

¿cuál? \_\_\_\_\_

¿cuál? \_\_\_\_\_

a. Trabaja solo <input type="checkbox"/> 1			
b. 2 a 3 personas <input type="checkbox"/> 2			
c. 4 a 5 personas <input type="checkbox"/> 3			
d. 6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 4			
e. 11 a 19 personas <input type="checkbox"/> 5			
f. 20 a 30 personas <input type="checkbox"/> 6			
g. 31 a 50 personas <input type="checkbox"/> 7			
h. 51 a 100 personas <input type="checkbox"/> 8			
i. 101 a 200 personas <input type="checkbox"/> 9			
j. 201 o más personass <input type="checkbox"/> 10			
56			
a. En esta vivienda <input type="checkbox"/> 1			
b. En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2			
c. En kiosco-casetas <input type="checkbox"/> 3			
d. En un vehículo <input type="checkbox"/> 4			
e. De puerta en puerta <input type="checkbox"/> 5			
f. Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6	f. Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6	f. Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6	f. Sitio al descubierto en la calle (ambulante y estacionario) <input type="checkbox"/> 6
g. Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7	g. Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7	g. Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7	g. Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7
h. En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8	h. En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8	h. En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8	h. En el campo o área rural, mar o río <input type="checkbox"/> 8
i. En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9	i. En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9	i. En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9	i. En una obra en construcción <input type="checkbox"/> 9
j. En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10	j. En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10	j. En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10	j. En una mina o cantera <input type="checkbox"/> 10
k. Otro, <input type="checkbox"/> 11			
57			
¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)****EMPLEO PRINCIPAL-TOTAL OCUPADOS (ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACIÓN)**

<p><b>¿En caso de enfermedad cómo cubriría los costos médicos y los medicamentos?</b></p>	<b>58</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Es afiliado como cotizante a un régimen contributivo de salud (EPS) <input type="checkbox"/> 1</li> <li>b. Es afiliado a un régimen subsidiado de salud <input type="checkbox"/> 2</li> <li>c. Es beneficiario de un afiliado <input type="checkbox"/> 3</li> <li>d. Con ahorros personales <input type="checkbox"/> 4</li> <li>e. Con ayudas de los hijos o familiares <input type="checkbox"/> 5</li> <li>f. Con otro tipo de seguro o cobertura <input type="checkbox"/> 6</li> <li>g. Pidiendo dinero prestado <input type="checkbox"/> 7</li> <li>h. Vendería su vivienda o bienes del hogar <input type="checkbox"/> 8</li> <li>i. Empeñaría bienes del hogar <input type="checkbox"/> 9</li> <li>j. No lo ha considerado <input type="checkbox"/> 10</li> <li>k. No tiene recursos <input type="checkbox"/> 11</li> <li>l. Otro, _____ <input type="checkbox"/> 12</li> </ul> <p>¿cuál? _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Es afiliado como cotizante a un régimen contributivo de salud (EPS) <input type="checkbox"/> 1</li> <li>b. Es afiliado a un régimen subsidiado de salud <input type="checkbox"/> 2</li> <li>c. Es beneficiario de un afiliado <input type="checkbox"/> 3</li> <li>d. Con ahorros personales <input type="checkbox"/> 4</li> <li>e. Con ayudas de los hijos o familiares <input type="checkbox"/> 5</li> <li>f. Con otro tipo de seguro o cobertura <input type="checkbox"/> 6</li> <li>g. Pidiendo dinero prestado <input type="checkbox"/> 7</li> <li>h. Vendería su vivienda o bienes del hogar <input type="checkbox"/> 8</li> <li>i. Empeñaría bienes del hogar <input type="checkbox"/> 9</li> <li>j. No lo ha considerado <input type="checkbox"/> 10</li> <li>k. No tiene recursos <input type="checkbox"/> 11</li> <li>l. Otro, _____ <input type="checkbox"/> 12</li> </ul> <p>¿cuál? _____</p>
<p><b>¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Solo para personas de 15 años y más</b></p>	<b>59</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí <input type="checkbox"/> 1</li> <li>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 63</li> <li>Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 Pase a 63</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sí <input type="checkbox"/> 1</li> <li>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 63</li> <li>Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 Pase a 63</li> </ul>
<p><b>¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Solo para personas de 15 años y más</b></p>	<b>60</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fondo privado? <input type="checkbox"/> 1</li> <li>b. Colpensiones? <input type="checkbox"/> 2</li> <li>c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol, etc.)? <input type="checkbox"/> 3</li> <li>d. Fondo subsidiado (Prosperar, etc.)? <input type="checkbox"/> 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fondo privado? <input type="checkbox"/> 1</li> <li>b. Colpensiones? <input type="checkbox"/> 2</li> <li>c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol, etc.)? <input type="checkbox"/> 3</li> <li>d. Fondo subsidiado (Prosperar, etc.)? <input type="checkbox"/> 4</li> </ul>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

a. Es afiliado como cotizante a un régimen contributivo de salud (EPS) <input type="checkbox"/> 1	a. Es afiliado como cotizante a un régimen contributivo de salud (EPS) <input type="checkbox"/> 1	a. Es afiliado como cotizante a un régimen contributivo de salud (EPS) <input type="checkbox"/> 1	a. Es afiliado como cotizante a un régimen contributivo de salud (EPS) <input type="checkbox"/> 1
b. Es afiliado a un régimen subsidiado de salud <input type="checkbox"/> 2	b. Es afiliado a un régimen subsidiado de salud <input type="checkbox"/> 2	b. Es afiliado a un régimen subsidiado de salud <input type="checkbox"/> 2	b. Es afiliado a un régimen subsidiado de salud <input type="checkbox"/> 2
c. Es beneficiario de un afiliado <input type="checkbox"/> 3	c. Es beneficiario de un afiliado <input type="checkbox"/> 3	c. Es beneficiario de un afiliado <input type="checkbox"/> 3	c. Es beneficiario de un afiliado <input type="checkbox"/> 3
d. Con ahorros personales <input type="checkbox"/> 4			
e. Con ayudas de los hijos o familiares <input type="checkbox"/> 5	e. Con ayudas de los hijos o familiares <input type="checkbox"/> 5	e. Con ayudas de los hijos o familiares <input type="checkbox"/> 5	e. Con ayudas de los hijos o familiares <input type="checkbox"/> 5
f. Con otro tipo de seguro o cubrimiento <input type="checkbox"/> 6	f. Con otro tipo de seguro o cubrimiento <input type="checkbox"/> 6	f. Con otro tipo de seguro o cubrimiento <input type="checkbox"/> 6	f. Con otro tipo de seguro o cubrimiento <input type="checkbox"/> 6
g. Pidiendo dinero prestado <input type="checkbox"/> 7			
h. Vendería su vivienda o bienes del hogar <input type="checkbox"/> 8	h. Vendería su vivienda o bienes del hogar <input type="checkbox"/> 8	h. Vendería su vivienda o bienes del hogar <input type="checkbox"/> 8	h. Vendería su vivienda o bienes del hogar <input type="checkbox"/> 8
i. Empeñaría bienes del hogar <input type="checkbox"/> 9			
j. No lo ha considerado <input type="checkbox"/> 10			
k. No tiene recursos <input type="checkbox"/> 11			
l. Otro, <input type="checkbox"/> 12			
¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 63			
Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 Pase a 63	Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 Pase a 63	Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 Pase a 63	Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 3 Pase a 63
a. Fondo privado? <input type="checkbox"/> 1			
b. Colpensiones? <input type="checkbox"/> 2			
c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol, etc.)? <input type="checkbox"/> 3	c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol, etc.)? <input type="checkbox"/> 3	c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol, etc.)? <input type="checkbox"/> 3	c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol, etc.)? <input type="checkbox"/> 3
d. Fondo subsidiado (Prosperar, etc.)? <input type="checkbox"/> 4			

58

**Observaciones:**

---



---



---



---

## I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

### EMPLEO PRINCIPAL-TOTAL OCUPADOS (ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACIÓN)

<p><b>¿Quién paga mensualmente por la afiliación al fondo de pensiones de...?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Solo para personas de 15 años y más</b></p>	61	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1
		b. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 2	b. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 2
<p><b>¿Cuántos años lleva cotizando al fondo de pensiones?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Solo para personas de 15 años y más</b></p> <p>Si es menos de 1 año, registre 00; si no sabe cuántos años, registre 98.</p>	62	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>¿Está afiliado(a) por una empresa o individualmente a una aseguradora de riesgos laborales, ARL (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?</b></p>	63	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
		No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
		No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9
<p><b>¿Está afiliado(a) a una caja de compensación familiar?</b></p>	63 A	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
		No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
		No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9
<p><b>Antes del actual trabajo, ¿... tuvo otro trabajo?</b></p>	64	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
		No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 68	No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 68
<p><b>¿Cuántos meses estuvo sin empleo o trabajo... entre el trabajo actual y el anterior?</b></p>	65	Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>¿Cuánto tiempo duró en su empleo anterior?</b></p>	66	Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>¿En su empleo anterior... era:</b></p>	67	a. Obrero o empleado de empresa particular? <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular? <input type="checkbox"/> 1
		b. Obrero o empleado del gobierno? <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno? <input type="checkbox"/> 2
		c. Empleado doméstico? <input type="checkbox"/> 3	c. Empleado doméstico? <input type="checkbox"/> 3
		d. Trabajador por cuenta propia? <input type="checkbox"/> 4	d. Trabajador por cuenta propia? <input type="checkbox"/> 4
		e. Patrón o empleador? <input type="checkbox"/> 5	e. Patrón o empleador? <input type="checkbox"/> 5
		f. Trabajador familiar sin remuneración? <input type="checkbox"/> 6	f. Trabajador familiar sin remuneración? <input type="checkbox"/> 6
		g. Jornalero o peón? <input type="checkbox"/> 7	g. Jornalero o peón? <input type="checkbox"/> 7
		h. Otro, <input type="checkbox"/> 8	h. Otro, <input type="checkbox"/> 8
		¿cuál? _____	¿cuál? _____

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1	a. ... paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 1	61
b. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 2	b. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 2	b. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 2	b. ... paga la totalidad de la afiliación <input type="checkbox"/> 2	
c. Paga completamente la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 3	c. Paga completamente la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 3	c. Paga completamente la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 3	c. Paga completamente la empresa o patrón <input type="checkbox"/> 3	
d. No paga <input type="checkbox"/> 4				
<input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Años	62
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9				
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	63
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9				
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	63 A
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9				
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	
Pase a 68	Pase a 68	Pase a 68	Pase a 68	64
<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	
<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	
<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Meses	
a. Obrero o empleado de empresa particular? <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular? <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular? <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular? <input type="checkbox"/> 1	65
b. Obrero o empleado del gobierno? <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno? <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno? <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno? <input type="checkbox"/> 2	
c. Empleado doméstico? <input type="checkbox"/> 3				
d. Trabajador por cuenta propia? <input type="checkbox"/> 4				
e. Patrón o empleador? <input type="checkbox"/> 5				
f. Trabajador familiar sin remuneración? <input type="checkbox"/> 6				
g. Jornalero o peón? <input type="checkbox"/> 7				
h. Otro, <input type="checkbox"/> 8				
¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	66

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

## I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

### EMPLEO PRINCIPAL-TOTAL OCUPADOS (ASALARIADOS, INDEPENDIENTES Y TRABAJADORES SIN REMUNERACIÓN)

<b>¿Cuál fue la razón principal por la que... dejó su empleo anterior?</b>	67 A	a. Terminó su contrato <input type="checkbox"/> 1	a. Terminó su contrato <input type="checkbox"/> 1
	b. Por quiebra o cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 2	b. Por quiebra o cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 2	
	c. Condiciones laborales insatisfactorias <input type="checkbox"/> 3	c. Condiciones laborales insatisfactorias <input type="checkbox"/> 3	
	d. Porque se jubiló <input type="checkbox"/> 4	d. Porque se jubiló <input type="checkbox"/> 4	
	e. Lo despidieron <input type="checkbox"/> 5	e. Lo despidieron <input type="checkbox"/> 5	
	f. Por su edad <input type="checkbox"/> 6	f. Por su edad <input type="checkbox"/> 6	
	g. Reducción de personal <input type="checkbox"/> 7	g. Reducción de personal <input type="checkbox"/> 7	
	h. Renunció porque deseaba un empleo con mejores ingresos <input type="checkbox"/> 8	h. Renunció porque deseaba un empleo con mejores ingresos <input type="checkbox"/> 8	
	i. Renunció por razones personales (matrimonio, embarazo, responsabilidades familiares) <input type="checkbox"/> 9	i. Renunció por razones personales (matrimonio, embarazo, responsabilidades familiares) <input type="checkbox"/> 9	
	j. Renunció para empezar su propio negocio <input type="checkbox"/> 10	j. Renunció para empezar su propio negocio <input type="checkbox"/> 10	
	k. Renunció por motivos de salud <input type="checkbox"/> 11	k. Renunció por motivos de salud <input type="checkbox"/> 11	
	l. Renunció para estudiar <input type="checkbox"/> 12	l. Renunció para estudiar <input type="checkbox"/> 12	
	m. Otra, _____ ¿cuál? _____	m. Otra, <input type="checkbox"/> 13 ¿cuál? _____	

## TRABAJO SECUNDARIO

<b>Además de la ocupación principal, ¿... tenía la semana pasada otro trabajo o negocio?</b> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">           Incluya aquellos trabajos de los que estuvo ausente en la semana de referencia.         </div>		68	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	
		No <input type="checkbox"/> 2	Pase a 76	No <input type="checkbox"/> 2	Pase a 76
<b>¿En qué municipio y departamento realiza... principalmente este trabajo?</b>		68 A	Departamento: _____		
			Municipio: _____		
<b>¿Cuántas horas trabajó... la semana pasada en ese segundo trabajo?</b>		69	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas
<b>Observaciones:</b> _____ _____ _____ _____					

a. Terminó su contrato <input type="checkbox"/> 1			
b. Por quiebra o cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 2	b. Por quiebra o cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 2	b. Por quiebra o cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 2	b. Por quiebra o cierre de la empresa <input type="checkbox"/> 2
c. Condiciones laborales insatisfactorias <input type="checkbox"/> 3			
d. Porque se jubiló <input type="checkbox"/> 4			
e. Lo despidieron <input type="checkbox"/> 5			
f. Por su edad <input type="checkbox"/> 6			
g. Reducción de personal <input type="checkbox"/> 7			
h. Renunció porque deseaba un empleo con mejores ingresos <input type="checkbox"/> 8	h. Renunció porque deseaba un empleo con mejores ingresos <input type="checkbox"/> 8	h. Renunció porque deseaba un empleo con mejores ingresos <input type="checkbox"/> 8	h. Renunció porque deseaba un empleo con mejores ingresos <input type="checkbox"/> 8
i. Renunció por razones personales (matrimonio, embarazo, responsabilidades familiares) <input type="checkbox"/> 9	i. Renunció por razones personales (matrimonio, embarazo, responsabilidades familiares) <input type="checkbox"/> 9	i. Renunció por razones personales (matrimonio, embarazo, responsabilidades familiares) <input type="checkbox"/> 9	i. Renunció por razones personales (matrimonio, embarazo, responsabilidades familiares) <input type="checkbox"/> 9
j. Renunció para empezar su propio negocio <input type="checkbox"/> 10	j. Renunció para empezar su propio negocio <input type="checkbox"/> 10	j. Renunció para empezar su propio negocio <input type="checkbox"/> 10	j. Renunció para empezar su propio negocio <input type="checkbox"/> 10
k. Renunció por motivos de salud <input type="checkbox"/> 11	k. Renunció por motivos de salud <input type="checkbox"/> 11	k. Renunció por motivos de salud <input type="checkbox"/> 11	k. Renunció por motivos de salud <input type="checkbox"/> 11
l. Renunció para estudiar <input type="checkbox"/> 12			
m. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 13			

67  
A

Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 76			
Departamento: _____	Departamento: _____	Departamento: _____	Departamento: _____
Municipio: _____	Municipio: _____	Municipio: _____	Municipio: _____
<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas

68

68  
A

69

**Observaciones:**

---



---



---



---

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**TRABAJO SECUNDARIO**

<b>¿Qué hace.....en este trabajo?</b>	70	_____	_____
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que .... realiza su trabajo?</b>	71	_____	_____
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>En ese segundo trabajo ... es:</b>  Lea las alternativas	72	a. Obrero o empleado de empresa particular  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Obrero o empleado de empresa particular  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		b. Obrero o empleado del gobierno  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Obrero o empleado del gobierno  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. Empleado doméstico  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Empleado doméstico  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		d. Trabajador por cuenta propia  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Trabajador por cuenta propia  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		e. Patrón o empleador  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Patrón o empleador  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		f. Trabajador familiar sin remuneración  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 74	f. Trabajador familiar sin remuneración  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 74
		g. Jornalero o peón  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Jornalero o peón  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		h. Otro,  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. Otro,  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		¿cuál? _____	¿cuál? _____
<b>¿Cuánto recibió o ganó... el mes pasado en ese segundo trabajo o negocio?</b>	73	Valor mes pasado  \$ _____	Valor mes pasado  \$ _____
<b>¿Cuántas personas en total tiene la empresa, negocio o finca donde... trabaja?</b>	74	a. Trabaja solo  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Trabaja solo  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		b. 2 a 5 personas  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. 2 a 5 personas  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. 6 a 10 personas  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. 6 a 10 personas  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		d. 11 y más personas  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. 11 y más personas  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

				70
				71
<p>a. Obrero o empleado de empresa particular 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Patrón o empleador 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración 6 <input type="checkbox"/> Pase a 74</p> <p>g. Jornalero o peón 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, 9 <input type="checkbox"/></p> <p>¿cuál? _____</p>	<p>a. Obrero o empleado de empresa particular 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Patrón o empleador 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración 6 <input type="checkbox"/> Pase a 74</p> <p>g. Jornalero o peón 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, 9 <input type="checkbox"/></p> <p>¿cuál? _____</p>	<p>a. Obrero o empleado de empresa particular 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Patrón o empleador 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración 6 <input type="checkbox"/> Pase a 74</p> <p>g. Jornalero o peón 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, 9 <input type="checkbox"/></p> <p>¿cuál? _____</p>	<p>a. Obrero o empleado de empresa particular 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Patrón o empleador 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración 6 <input type="checkbox"/> Pase a 74</p> <p>g. Jornalero o peón 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, 9 <input type="checkbox"/></p> <p>¿cuál? _____</p>	72
Valor mes pasado \$ _____	73			
<p>a. Trabaja solo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. 2 a 5 personas 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 6 a 10 personas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. 11 y más personas 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Trabaja solo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. 2 a 5 personas 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 6 a 10 personas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. 11 y más personas 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Trabaja solo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. 2 a 5 personas 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 6 a 10 personas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. 11 y más personas 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Trabaja solo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. 2 a 5 personas 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 6 a 10 personas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. 11 y más personas 4 <input type="checkbox"/></p>	74

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**TRABAJO SECUNDARIO**

<p><b>Dónde realiza principalmente su trabajo:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Lea las alternativas</b></p>	<b>75</b>	<p>a. En su vivienda <input type="checkbox"/> 1</p> <p>b. En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. En kiosco-casetas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>d. En un vehículo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>e. De puerta en puerta <input type="checkbox"/> 5</p> <p>f. Sitio al descubierto en la calle <input type="checkbox"/> 6</p> <p>g. Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7</p> <p>h. En el campo o área rural <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>a. En su vivienda <input type="checkbox"/> 1</p> <p>b. En otras viviendas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. En kiosco-casetas <input type="checkbox"/> 3</p> <p>d. En un vehículo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>e. De puerta en puerta <input type="checkbox"/> 5</p> <p>f. Sitio al descubierto en la calle <input type="checkbox"/> 6</p> <p>g. Local fijo, oficina, fábrica, etc. <input type="checkbox"/> 7</p> <p>h. En el campo o área rural <input type="checkbox"/> 8</p>
---	-----------	---	---

**EMPLEO CON INSUFICIENCIA DE HORAS Y SITUACIONES DE EMPLEO INADECUADO**

<p><b>Además de las horas que trabaja actualmente ¿... quiere trabajar más horas?</b></p> <p style="text-align: center;">(Dedicar más horas al trabajo actual, buscar un trabajo adicional o cambiar su trabajo actual por otro con más horas)</p>	<b>76</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 80</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 80</p>
<p><b>¿Cuántas horas adicionales puede trabajar... a la semana?</b></p>	<b>77</b>	<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas
<p><b>Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo diligencias para trabajar más horas?</b></p> <p style="text-align: center;">(Dedicar más horas al trabajo actual, buscar un trabajo adicional o cambiar su trabajo actual por otro con más horas)</p>	<b>78</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>Si la semana pasada le hubiera resultado la posibilidad de trabajar más horas, ¿estaba... disponible para hacerlo?</b></p>	<b>79</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>¿... desea cambiar el trabajo que tiene actualmente?</b></p>	<b>80</b>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 84</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 84</p>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a. En su vivienda	<input type="checkbox"/> 1	a. En su vivienda	<input type="checkbox"/> 1	a. En su vivienda	<input type="checkbox"/> 1	a. En su vivienda	<input type="checkbox"/> 1
b. En otras viviendas	<input type="checkbox"/> 2	b. En otras viviendas	<input type="checkbox"/> 2	b. En otras viviendas	<input type="checkbox"/> 2	b. En otras viviendas	<input type="checkbox"/> 2
c. En kiosco-casetas	<input type="checkbox"/> 3						
d. En un vehículo	<input type="checkbox"/> 4	d. En un vehículo	<input type="checkbox"/> 4	d. En un vehículo	<input type="checkbox"/> 4	d. En un vehículo	<input type="checkbox"/> 4
e. De puerta en puerta	<input type="checkbox"/> 5	e. De puerta en puerta	<input type="checkbox"/> 5	e. De puerta en puerta	<input type="checkbox"/> 5	e. De puerta en puerta	<input type="checkbox"/> 5
f. Sitio al descubierto en la calle	<input type="checkbox"/> 6	f. Sitio al descubierto en la calle	<input type="checkbox"/> 6	f. Sitio al descubierto en la calle	<input type="checkbox"/> 6	f. Sitio al descubierto en la calle	<input type="checkbox"/> 6
g. Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="checkbox"/> 7	g. Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="checkbox"/> 7	g. Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="checkbox"/> 7	g. Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="checkbox"/> 7
h. En el campo o área rural	<input type="checkbox"/> 8	h. En el campo o área rural	<input type="checkbox"/> 8	h. En el campo o área rural	<input type="checkbox"/> 8	h. En el campo o área rural	<input type="checkbox"/> 8

75

Sí <input type="checkbox"/> 1	76			
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 80				
<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Horas	77
Sí <input type="checkbox"/> 1				
No <input type="checkbox"/> 2	78			
Sí <input type="checkbox"/> 1				
No <input type="checkbox"/> 2	79			
Sí <input type="checkbox"/> 1				
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 84	80			

75

77

78

79

80

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

### EMPLEO CON INSUFICIENCIA DE HORAS Y SITUACIONES DE EMPLEO INADECUADO

<p><b>¿Por qué motivos... desea cambiar de trabajo o empleo:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Lea las alternativas</b></p>	<b>81</b> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="width: 100px;"></th> <th style="width: 40px;">Sí</th> <th style="width: 40px;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. Desea mejorar sus ingresos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>c. Desea trabajar menos horas?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>d. Porque el trabajo actual es temporal?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>e. Problemas en el trabajo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>f. No le gusta su trabajo actual?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>i. Otro,</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>¿cuál? _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. Desea mejorar sus ingresos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	c. Desea trabajar menos horas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	d. Porque el trabajo actual es temporal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	e. Problemas en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	f. No le gusta su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	i. Otro,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	¿cuál? _____			<b>81</b> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="width: 100px;"></th> <th style="width: 40px;">Sí</th> <th style="width: 40px;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. Desea mejorar sus ingresos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>c. Desea trabajar menos horas?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>d. Porque el trabajo actual es temporal?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>e. Problemas en el trabajo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>f. No le gusta su trabajo actual?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>i. Otro,</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>¿cuál? _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. Desea mejorar sus ingresos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	c. Desea trabajar menos horas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	d. Porque el trabajo actual es temporal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	e. Problemas en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	f. No le gusta su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	i. Otro,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	¿cuál? _____		
	Sí	No																																																																		
a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
b. Desea mejorar sus ingresos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
c. Desea trabajar menos horas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
d. Porque el trabajo actual es temporal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
e. Problemas en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
f. No le gusta su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
i. Otro,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
¿cuál? _____																																																																				
	Sí	No																																																																		
a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
b. Desea mejorar sus ingresos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
c. Desea trabajar menos horas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
d. Porque el trabajo actual es temporal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
e. Problemas en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
f. No le gusta su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
i. Otro,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																		
¿cuál? _____																																																																				
<p><b>Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿... hizo diligencias para cambiar de trabajo?</b></p> <p style="text-align: center;">(Pidió ayuda a amigos, familiares, etc.; puso o contestó anuncios; llenó una solicitud; está a la espera de que lo llamen.)</p>	<b>82</b> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>	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																																																																			
No	<input type="checkbox"/> 2																																																																			
<p><b>Si le resultara un nuevo trabajo o empleo a... ¿podría empezar a desempeñarlo antes de un mes?</b></p>	<b>83</b> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>No sabe, no informa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2	No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9																																																												
Sí	<input type="checkbox"/> 1																																																																			
No	<input type="checkbox"/> 2																																																																			
No sabe, no informa	<input type="checkbox"/> 9																																																																			

### CALIDAD DEL EMPLEO PRINCIPAL

<p><b>¿Está... satisfecho(a):</b></p>	<b>84</b> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="width: 100px;"></th> <th style="width: 40px;">Sí</th> <th style="width: 40px;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Con su trabajo actual?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>c. Con su jornada laboral actual?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Con su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	c. Con su jornada laboral actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<b>84</b> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="width: 100px;"></th> <th style="width: 40px;">Sí</th> <th style="width: 40px;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Con su trabajo actual?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>c. Con su jornada laboral actual?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Con su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	c. Con su jornada laboral actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Sí	No																								
a. Con su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
c. Con su jornada laboral actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
	Sí	No																								
a. Con su trabajo actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
c. Con su jornada laboral actual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
<p><b>¿Está afiliado(a) o hace parte de una asociación gremial o sindical?</b></p>	<b>85</b> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>	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																									
No	<input type="checkbox"/> 2																									

<b>Observaciones:</b> _____ _____ _____ _____
--

<p>Sí      No</p> <p>a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Desea mejorar sus ingresos?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Desea trabajar menos horas?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>d. Porque el trabajo actual es temporal?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>e. Problemas en el trabajo?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>f. No le gusta su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>i. Otro,</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>¿cuál? _____</p>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Desea mejorar sus ingresos?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Desea trabajar menos horas?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>d. Porque el trabajo actual es temporal?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>e. Problemas en el trabajo?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>f. No le gusta su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>i. Otro,</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>¿cuál? _____</p>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Desea mejorar sus ingresos?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Desea trabajar menos horas?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>d. Porque el trabajo actual es temporal?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>e. Problemas en el trabajo?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>f. No le gusta su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>i. Otro,</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>¿cuál? _____</p>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Desea mejorar sus ingresos?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Desea trabajar menos horas?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>d. Porque el trabajo actual es temporal?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>e. Problemas en el trabajo?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>f. No le gusta su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>g. Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>h. Problemas ambientales (aire, olores, ruidos, temperatura, etc.)?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>i. Otro,</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>¿cuál? _____</p>	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
81	82	83																																																																									
<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2																																																
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
84	85																																																																										
<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2																																																							
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										
1	2																																																																										

<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
84	85																										
<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2	<p>Sí      No</p> <p>a. Con su trabajo actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>b. Con los beneficios y prestaciones que recibe?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table> <p>c. Con su jornada laboral actual?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	2							
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										
1	2																										

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**I. OCUPADOS (CONTINUACIÓN)**  
**CALIDAD DEL EMPLEO PRINCIPAL**

<b>¿Considera que su empleo o trabajo actual es estable?</b>	86	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
<b>¿Su horario de trabajo y sus responsabilidades familiares son compatibles?</b>	87	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
<b>¿Qué medio de transporte utiliza principalmente para desplazarse a su sitio de trabajo?</b>	87 A	a. Bus intermunicipal <input type="checkbox"/> 1 b. Bus urbano <input type="checkbox"/> 2 c. A pie <input type="checkbox"/> 3 d. Metro <input type="checkbox"/> 4 e. Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5 f. Taxi <input type="checkbox"/> 6 g. Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7 h. Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8 i. Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 9 j. Caballo <input type="checkbox"/> 10 k. Moto <input type="checkbox"/> 11 l. Mototaxi <input type="checkbox"/> 12 m. Bicicleta <input type="checkbox"/> 13 n. No se desplaza <input type="checkbox"/> 14 Pase a 88 o. Otro, <input type="checkbox"/> 15 ¿cuál? _____	a. Bus intermunicipal <input type="checkbox"/> 1 b. Bus urbano <input type="checkbox"/> 2 c. A pie <input type="checkbox"/> 3 d. Metro <input type="checkbox"/> 4 e. Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5 f. Taxi <input type="checkbox"/> 6 g. Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7 h. Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8 i. Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 9 j. Caballo <input type="checkbox"/> 10 k. Moto <input type="checkbox"/> 11 l. Mototaxi <input type="checkbox"/> 12 m. Bicicleta <input type="checkbox"/> 13 n. No se desplaza <input type="checkbox"/> 14 Pase a 88 o. Otro, <input type="checkbox"/> 15 ¿cuál? _____	
	<b>¿Cuánto tiempo se demora regularmente... en su desplazamiento hacia el trabajo?</b>	87 B	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minutos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minutos
	<p><b>Incluya tiempo de espera del medio de transporte.</b></p>			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sí <input type="checkbox"/> 1	86			
No <input type="checkbox"/> 2				
Sí <input type="checkbox"/> 1	87			
No <input type="checkbox"/> 2				
a. Bus intermunicipal <input type="checkbox"/> 1	A			
b. Bus urbano <input type="checkbox"/> 2				
c. A pie <input type="checkbox"/> 3				
d. Metro <input type="checkbox"/> 4				
e. Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5	e. Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5	e. Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5	e. Transporte articulado (Transmilenio, MIO y otros) <input type="checkbox"/> 5	
f. Taxi <input type="checkbox"/> 6				
g. Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7	g. Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7	g. Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7	g. Transporte de la empresa <input type="checkbox"/> 7	
h. Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8	h. Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8	h. Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8	h. Automóvil de uso particular <input type="checkbox"/> 8	
i. Lancha, planchón, canoa <input type="checkbox"/> 9				
j. Caballo <input type="checkbox"/> 10				
k. Moto <input type="checkbox"/> 11				
l. Mototaxi <input type="checkbox"/> 12				
m. Bicicleta <input type="checkbox"/> 13				
n. No se desplaza <input type="checkbox"/> 14 Pase a 88	n. No se desplaza <input type="checkbox"/> 14 Pase a 88	n. No se desplaza <input type="checkbox"/> 14 Pase a 88	n. No se desplaza <input type="checkbox"/> 14 Pase a 88	
o. Otro, <input type="checkbox"/> 15				
¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	¿cuál? _____	87 B
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minutos				

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. OCUPADOS (CONCLUSIÓN)**  
**CALIDAD DEL EMPLEO PRINCIPAL**

<p><b>¿En caso de no tener trabajo, de dónde obtendría principalmente los recursos para sus gastos y/o los de su hogar:</b></p>	<p>88</p> <p>a. Cesantías? <input type="checkbox"/> 1 Pase a cap. K  b. Ahorros personales? <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. K  c. Ayudas de hijos o familiares? <input type="checkbox"/> 3 Pase a cap. K  d. Indemnización o similar? <input type="checkbox"/> 4 Pase a cap. K  e. No lo ha considerado? <input type="checkbox"/> 5 Pase a cap. K  f. Vendería su vivienda o bienes del hogar? <input type="checkbox"/> 6 Pase a cap. K  g. Empeñaría bienes del hogar? <input type="checkbox"/> 7 Pase a cap. K  h. No tendría recursos? <input type="checkbox"/> 8 Pase a cap. K  i. Solicitaría dinero prestado? <input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. K  j. Otros, <input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. K    ¿cuáles? _____</p>	<p>a. Cesantías? <input type="checkbox"/> 1 Pase a cap. K  b. Ahorros personales? <input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. K  c. Ayudas de hijos o familiares? <input type="checkbox"/> 3 Pase a cap. K  d. Indemnización o similar? <input type="checkbox"/> 4 Pase a cap. K  e. No lo ha considerado? <input type="checkbox"/> 5 Pase a cap. K  f. Vendería su vivienda o bienes del hogar? <input type="checkbox"/> 6 Pase a cap. K  g. Empeñaría bienes del hogar? <input type="checkbox"/> 7 Pase a cap. K  h. No tendría recursos? <input type="checkbox"/> 8 Pase a cap. K  i. Solicitaría dinero prestado? <input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. K  j. Otros, <input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. K    ¿cuáles? _____</p>
---	--	--

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a. Cesantías? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K			
b. Ahorros personales? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	b. Ahorros personales? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	b. Ahorros personales? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	b. Ahorros personales? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K
c. Ayudas de hijos o familiares? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	c. Ayudas de hijos o familiares? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	c. Ayudas de hijos o familiares? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	c. Ayudas de hijos o familiares? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K
d. Indemnización o similar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	d. Indemnización o similar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	d. Indemnización o similar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	d. Indemnización o similar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K
e. No lo ha considerado? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	e. No lo ha considerado? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	e. No lo ha considerado? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	e. No lo ha considerado? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K
f. Vendería su vivienda o bienes del hogar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	f. Vendería su vivienda o bienes del hogar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	f. Vendería su vivienda o bienes del hogar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	f. Vendería su vivienda o bienes del hogar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K
g. Empeñaría bienes del hogar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	g. Empeñaría bienes del hogar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	g. Empeñaría bienes del hogar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	g. Empeñaría bienes del hogar? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K
h. No tendría recursos? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	h. No tendría recursos? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	h. No tendría recursos? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	h. No tendría recursos? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K
i. Solicitaría dinero prestado? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	i. Solicitaría dinero prestado? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	i. Solicitaría dinero prestado? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K	i. Solicitaría dinero prestado? <input type="checkbox"/> Pase a cap. K
j. Otros, <input type="checkbox"/> Pase a cap. K ¿cuáles? _____	j. Otros, <input type="checkbox"/> Pase a cap. K ¿cuáles? _____	j. Otros, <input type="checkbox"/> Pase a cap. K ¿cuáles? _____	j. Otros, <input type="checkbox"/> Pase a cap. K ¿cuáles? _____

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

## J. NO OCUPADOS

<b>¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo..... buscando trabajo?</b>	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas
<b>¿En qué ocupación, oficio o labor ha buscado trabajo?</b>	2 _____  <input type="text"/> <input type="text"/>	  <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Ha buscado trabajo como:</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">       Lea las alternativas     </div>	3 a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="text"/> <input type="text"/> b. Obrero o empleado del gobierno <input type="text"/> <input type="text"/> c. Empleado doméstico <input type="text"/> <input type="text"/> d. Trabajador por cuenta propia <input type="text"/> <input type="text"/> e. Patrón o empleador <input type="text"/> <input type="text"/> f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="text"/> <input type="text"/> g. Jornalero o peón <input type="text"/> <input type="text"/> h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="text"/> <input type="text"/> b. Obrero o empleado del gobierno <input type="text"/> <input type="text"/> c. Empleado doméstico <input type="text"/> <input type="text"/> d. Trabajador por cuenta propia <input type="text"/> <input type="text"/> e. Patrón o empleador <input type="text"/> <input type="text"/> f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="text"/> <input type="text"/> g. Jornalero o peón <input type="text"/> <input type="text"/> h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Si le hubiera resultado algún trabajo a .... ¿estaba disponible la semana pasada para empezar a trabajar?</b>	4 Sí <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 6 No <input type="text"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> Pase a 6 No <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Si le resultara algún trabajo, ¿cuándo estaría disponible para trabajar?</b>	5 a. Esta semana <input type="text"/> <input type="text"/> b. En los próximos 15 días <input type="text"/> <input type="text"/> c. Dentro del próximo mes <input type="text"/> <input type="text"/> d. Dentro de los próximos 3 meses <input type="text"/> <input type="text"/> e. No antes de 3 meses <input type="text"/> <input type="text"/>	a. Esta semana <input type="text"/> <input type="text"/> b. En los próximos 15 días <input type="text"/> <input type="text"/> c. Dentro del próximo mes <input type="text"/> <input type="text"/> d. Dentro de los próximos 3 meses <input type="text"/> <input type="text"/> e. No antes de 3 meses <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Si le hubiera resultado un trabajo la semana pasada, ¿cuántas horas a la semana estaba disponible para trabajar?</b>	6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas semanales	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas semanales
<b>En caso de que le ofrecieran un empleo a ..... ¿Cuál sería el sueldo o el salario mensual más bajo por el que aceptaría?</b>	7 Valor mensual \$  <hr/>	Valor mensual \$  <hr/>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Semanas	<input type="checkbox"/> Semanas	<input type="checkbox"/> Semanas	<input type="checkbox"/> Semanas	1
				2
				3
<p>a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>	Pase a 6
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 6	4
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	5			
<p>a. Esta semana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. En los próximos 15 días <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Dentro del próximo mes <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Dentro de los próximos 3 meses <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No antes de 3 meses <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Esta semana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. En los próximos 15 días <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Dentro del próximo mes <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Dentro de los próximos 3 meses <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No antes de 3 meses <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Esta semana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. En los próximos 15 días <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Dentro del próximo mes <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Dentro de los próximos 3 meses <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No antes de 3 meses <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Esta semana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. En los próximos 15 días <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Dentro del próximo mes <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Dentro de los próximos 3 meses <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No antes de 3 meses <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>	Pase a 7
<input type="checkbox"/> Horas semanales	6			
Valor mensual \$ _____	7			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## J. NO OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

¿Ha trabajado alguna vez por lo menos durante dos semanas consecutivas?	8	Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Sí <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1													
		1																	
1																			
No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 17	2		No <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a 17	2															
2																			
2																			
¿Cuánto tiempo hace que ..... trabajó por última vez?	9	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Meses <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Semanas									<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Meses <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Semanas								
¿Por qué motivo o razón principal ... dejó ese trabajo?  Espere respuesta	10	a. Por despido <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		a. Por despido <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1													
		1																	
		1																	
		b. Para dedicarse a estudiar <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		b. Para dedicarse a estudiar <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2													
		2																	
		2																	
		c. Responsabilidades familiares <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3		c. Responsabilidades familiares <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3													
		3																	
		3																	
		d. Enfermedad o accidente <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table>	4		d. Enfermedad o accidente <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table>	4													
4																			
4																			
e. Jubilación o retiro <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>5</td><td> </td></tr></table>	5		e. Jubilación o retiro <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>5</td><td> </td></tr></table>	5															
5																			
5																			
f. Condiciones de trabajo insatisfactorias <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>6</td><td> </td></tr></table>	6		f. Condiciones de trabajo insatisfactorias <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>6</td><td> </td></tr></table>	6															
6																			
6																			
g. Cierre o dificultades de la empresa <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>7</td><td> </td></tr></table>	7		g. Cierre o dificultades de la empresa <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>7</td><td> </td></tr></table>	7															
7																			
7																			
h. Trabajo temporal terminado <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>8</td><td> </td></tr></table>	8		h. Trabajo temporal terminado <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>8</td><td> </td></tr></table>	8															
8																			
8																			
i. Otro, ¿cuál? _____	i. Otro, ¿cuál? _____																		
¿Qué ocupación, oficio o labor realizó ..... la última vez que trabajó?	11	<hr/> <hr/> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																	
¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa negocio, industria, oficina, firma o finca en la que..... trabajó por última vez?	12	<hr/> <hr/> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																	
¿Cuál es el nombre de la empresa en la que trabajó por última vez?	13	<hr/> <hr/> <hr/>																	

Observaciones: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>8</b>			
No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 17	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 17	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 17	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 17	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses	<b>9</b>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semanas				
a. Por despido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
b. Para dedicarse a estudiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Para dedicarse a estudiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Para dedicarse a estudiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Para dedicarse a estudiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. Responsabilidades familiares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
d. Enfermedad o accidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Enfermedad o accidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Enfermedad o accidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d. Enfermedad o accidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
e. Jubilación o retiro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Jubilación o retiro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Jubilación o retiro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	e. Jubilación o retiro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>10</b>
f. Condiciones de trabajo insatisfactorias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Condiciones de trabajo insatisfactorias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Condiciones de trabajo insatisfactorias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Condiciones de trabajo insatisfactorias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
g. Cierre o dificultades de la empresa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Cierre o dificultades de la empresa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Cierre o dificultades de la empresa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Cierre o dificultades de la empresa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
h. Trabajo temporal terminado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. Trabajo temporal terminado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. Trabajo temporal terminado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. Trabajo temporal terminado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
i. Otro, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>11</b>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>12</b>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>13</b>			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## J. NO OCUPADOS (CONTINUACIÓN)

<p><b>En este último trabajo era:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Espere respuesta</b></p>	<b>14</b>	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 c. Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 g. Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 7 h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1 b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2 c. Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3 d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4 e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5 f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6 g. Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 7 h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8
<p><b>¿Cuántas personas en total tenía la empresa, negocio o finca, donde ..... trabajaba?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Espere respuesta</b></p>	<b>15</b>	a. Trabajaba solo <input type="checkbox"/> 1 b. 2 a 3 personas <input type="checkbox"/> 2 c. 4 a 5 personas <input type="checkbox"/> 3 d. 6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 4 e. 11 a 50 personas <input type="checkbox"/> 5 f. 51 a 200 personas <input type="checkbox"/> 6 g. 201 o más personas <input type="checkbox"/> 7	a. Trabajaba solo <input type="checkbox"/> 1 b. 2 a 3 personas <input type="checkbox"/> 2 c. 4 a 5 personas <input type="checkbox"/> 3 d. 6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 4 e. 11 a 50 personas <input type="checkbox"/> 5 f. 51 a 200 personas <input type="checkbox"/> 6 g. 201 o más personas <input type="checkbox"/> 7
<p><b>¿Actualmente recibe subsidio de desempleo?</b></p>	<b>16</b>	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9
<p><b>.....Está cotizando actualmente a un fondo de pensiones?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Sólo para personas de 15 años y más</b></p>	<b>17</b>	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 9

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1	a. Obrero o empleado de empresa particular <input type="checkbox"/> 1
b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2	b. Obrero o empleado del gobierno <input type="checkbox"/> 2
c. Empleado doméstico <input type="checkbox"/> 3			
d. Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> 4			
e. Patrón o empleador <input type="checkbox"/> 5			
f. Trabajador familiar sin remuneración <input type="checkbox"/> 6			
g. Jornalero o peón <input type="checkbox"/> 7			
h. Otro, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 8			
14			
a. Trabajaba solo <input type="checkbox"/> 1			
b. 2 a 3 personas <input type="checkbox"/> 2			
c. 4 a 5 personas <input type="checkbox"/> 3			
d. 6 a 10 personas <input type="checkbox"/> 4			
e. 11 a 50 personas <input type="checkbox"/> 5			
f. 51 a 200 personas <input type="checkbox"/> 6			
g. 201 o más personas <input type="checkbox"/> 7			
15			
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9			
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 9			
16			
Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1	Sí <input type="checkbox"/> 1
No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2	No <input type="checkbox"/> 2
Ya es pensionado <input type="checkbox"/> 9			
17			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **J. NO OCUPADOS (CONCLUSIÓN)**

<b>¿A cuál fondo:</b>	18	a. Fondo privado?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Fondo privado?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
		b. Colpensiones?	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Colpensiones?	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
		c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol etc.)?	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol etc.)?	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
		d. Fondo Subsidiado (Prosperar, etc.)?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Fondo Subsidiado (Prosperar, etc.)?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
<b>¿Recibió o ganó el mes pasado ingresos por concepto de trabajo?</b>		Sí	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
		a. ¿Cuánto?	\$ _____	a. ¿Cuánto?	\$ _____	
		No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	

**Observaciones:**

a. Fondo privado?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Fondo privado?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Fondo privado?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Fondo privado?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
b. Colpensiones?	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Colpensiones?	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Colpensiones?	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Colpensiones?	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol etc.)?	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol etc.)?	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol etc.)?	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	c. Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol etc.)?	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
d. Fondo Subsidiado (Prosperar, etc.)?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Fondo Subsidiado (Prosperar, etc.)?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Fondo Subsidiado (Prosperar, etc.)?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Fondo Subsidiado (Prosperar, etc.)?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↘	Sí	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↘	Sí	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↘	Sí	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↘
a. ¿Cuánto?	\$ _____						
No	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						

**Observaciones:**

## K. OTRAS FORMAS DE TRABAJO (TRABAJO SIN REMUNERACIÓN EN PRODUCCIÓN DE SERVICIOS)

	<p><b>Cocinar, lavar los platos, poner la mesa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Cocinar, lavar los platos, poner la mesa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
	<p><b>Lavar, colgar, planchar la ropa, reparar ropa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Lavar, colgar, planchar la ropa, reparar ropa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
	<p><b>Limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>

**¿La semana pasada... realizó sin que le pagaran alguna de las siguientes actividades:**

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>Cocinar, lavar los platos, poner la mesa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cocinar, lavar los platos, poner la mesa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cocinar, lavar los platos, poner la mesa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cocinar, lavar los platos, poner la mesa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>Lavar, colgar, planchar la ropa, reparar ropa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Lavar, colgar, planchar la ropa, reparar ropa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Lavar, colgar, planchar la ropa, reparar ropa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Lavar, colgar, planchar la ropa, reparar ropa en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>Limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Limpiar o arreglar la casa, tender las camas, barrer trapear, sacar la basura en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## K. OTRAS FORMAS DE TRABAJO (TRABAJO SIN REMUNERACIÓN EN PRODUCCIÓN DE SERVICIOS) (CONTINUACIÓN)

<p><b>¿La semana pasada... realizó sin que le pagaran alguna de las siguientes actividades:</b></p>	<p><b>4</b> Cuidar niñas o niños menores de 5 años que no estén enfermos ni en condición de discapacidad en:</p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Cuidar niñas o niños menores de 5 años que no estén enfermos ni en condición de discapacidad en:</p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p><b>5</b> Cuidar personas enfermas, en condición de discapacidad o adultos mayores en:</p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Cuidar personas enfermas, en condición de discapacidad o adultos mayores en:</p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Cuidar personas enfermas, en condición de discapacidad o adultos mayores en:</p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p><b>6</b> Ayudar a personas con tareas o trabajos escolares en:</p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Ayudar a personas con tareas o trabajos escolares en:</p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Ayudar a personas con tareas o trabajos escolares en:</p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>Cuidar niñas o niños menores de 5 años que no estén enfermos ni en condición de discapacidad en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cuidar niñas o niños menores de 5 años que no estén enfermos ni en condición de discapacidad en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cuidar niñas o niños menores de 5 años que no estén enfermos ni en condición de discapacidad en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cuidar niñas o niños menores de 5 años que no estén enfermos ni en condición de discapacidad en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>Cuidar personas enfermas, en condición de discapacidad o adultos mayores en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cuidar personas enfermas, en condición de discapacidad o adultos mayores en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cuidar personas enfermas, en condición de discapacidad o adultos mayores en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Cuidar personas enfermas, en condición de discapacidad o adultos mayores en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>Ayudar a personas con tareas o trabajos escolares en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Ayudar a personas con tareas o trabajos escolares en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Ayudar a personas con tareas o trabajos escolares en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p><b>Ayudar a personas con tareas o trabajos escolares en:</b></p> <p>a. Su hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Hogares de personas familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Hogares de personas no familiares?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## K. OTRAS FORMAS DE TRABAJO (TRABAJO EN FORMACIÓN) (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 15 A 35 AÑOS) (CONTINUACIÓN)

¿En las últimas 4 semanas... realizó pasantías o prácticas laborales?	7	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Horas a la semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Horas a la semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13
¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en el que ... realiza sus prácticas o pasantías?	8		
¿Para realizar esta labor... tiene un contrato de aprendizaje?	9	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
La institución educativa con la cual realiza la pasantía o práctica es:	10	1. El SENA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1. El SENA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
		2. Una universidad <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2. Una universidad <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Recibe algún ingreso por esta práctica o pasantía?	11	3. Un colegio <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3. Un colegio <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
		4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		¿Cuál? _____	¿Cuál? _____
¿Es un requisito para poder graduarse?	12	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>  Valor mensual \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>  Valor mensual \$ _____
		No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

**Observaciones:**

Sí <input type="checkbox"/> Horas a la semana <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> Horas a la semana <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> Horas a la semana <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> Horas a la semana <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 13	7
_____	_____	_____	_____	8
Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	9
No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
1. El SENA <input type="checkbox"/> 2. Una universidad <input type="checkbox"/> 3. Un colegio <input type="checkbox"/> 4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	1. El SENA <input type="checkbox"/> 2. Una universidad <input type="checkbox"/> 3. Un colegio <input type="checkbox"/> 4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	1. El SENA <input type="checkbox"/> 2. Una universidad <input type="checkbox"/> 3. Un colegio <input type="checkbox"/> 4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	1. El SENA <input type="checkbox"/> 2. Una universidad <input type="checkbox"/> 3. Un colegio <input type="checkbox"/> 4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	10
1. El SENA <input type="checkbox"/> 2. Una universidad <input type="checkbox"/> 3. Un colegio <input type="checkbox"/> 4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	1. El SENA <input type="checkbox"/> 2. Una universidad <input type="checkbox"/> 3. Un colegio <input type="checkbox"/> 4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	1. El SENA <input type="checkbox"/> 2. Una universidad <input type="checkbox"/> 3. Un colegio <input type="checkbox"/> 4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	1. El SENA <input type="checkbox"/> 2. Una universidad <input type="checkbox"/> 3. Un colegio <input type="checkbox"/> 4. Otra institución educativa <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	11
Sí <input type="checkbox"/> Valor mensual \$ _____ No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> Valor mensual \$ _____ No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> Valor mensual \$ _____ No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> Valor mensual \$ _____ No <input type="checkbox"/>	12
Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

**Observaciones:**

## K. OTRAS FORMAS DE TRABAJO (TRABAJO EN PRODUCCIÓN DE BIENES PARA AUTOCONSUMO Y TRABAJO VOLUNTARIO)

### TRABAJO EN PRODUCCIÓN DE BIENES PARA AUTOCONSUMO

<p><b>13</b></p> <p>Preparar conservas, quesos o embutidos para ser consumidas por usted o las personas del hogar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(os) artículo(s)? <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Preparar conservas, quesos o embutidos para ser consumidas por usted o las personas del hogar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(os) artículo(s)? <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><b>14</b></p> <p>Elaborar prendas de vestir para las personas de este hogar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Elaborar prendas de vestir para las personas de este hogar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><b>15</b></p> <p>Traer agua para el uso de este hogar? (sólo para centros poblados y rural disperso)</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Traer agua para el uso de este hogar? (sólo para centros poblados y rural disperso)</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><b>16</b></p> <p>Construir o ampliar una vivienda propiedad del hogar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Construir o ampliar una vivienda propiedad del hogar?</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><b>17</b></p> <p>Plantar, regar, abonar, deshierbar o cosechar en una huerta casera o cultivo destinado solo para el consumo de este hogar.</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(os) artículo(s)? <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Plantar, regar, abonar, deshierbar o cosechar en una huerta casera o cultivo destinado solo para el consumo de este hogar.</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(os) artículo(s)? <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><b>18</b></p> <p>Criar animales para el consumo de este hogar tales como: gallinas, cerdos, patos, conejos, etc., cazar o pescar animales para el consumo de este hogar.</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(os) artículo(s)? <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Criar animales para el consumo de este hogar tales como: gallinas, cerdos, patos, conejos, etc., cazar o pescar animales para el consumo de este hogar.</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↓ Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(os) artículo(s)? <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>

¿Durante las últimas 4 semanas... realizó sin que le pagaran alguna de las siguientes actividades:

Observaciones:

---



---



---



---



---

<p><b>Preparar conservas, quesos o embutidos para ser consumidas por usted o las personas del hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Preparar conservas, quesos o embutidos para ser consumidas por usted o las personas del hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Preparar conservas, quesos o embutidos para ser consumidas por usted o las personas del hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Preparar conservas, quesos o embutidos para ser consumidas por usted o las personas del hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	13
<p><b>Elaborar prendas de vestir para las personas de este hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Elaborar prendas de vestir para las personas de este hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Elaborar prendas de vestir para las personas de este hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Elaborar prendas de vestir para las personas de este hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	14
<p><b>Traer agua para el uso de este hogar? (sólo para centros poblados y rural disperso)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Traer agua para el uso de este hogar? (sólo para centros poblados y rural disperso)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Traer agua para el uso de este hogar? (sólo para centros poblados y rural disperso)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Traer agua para el uso de este hogar? (sólo para centros poblados y rural disperso)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	15
<p><b>Construir o ampliar una vivienda propiedad del hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Construir o ampliar una vivienda propiedad del hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Construir o ampliar una vivienda propiedad del hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Construir o ampliar una vivienda propiedad del hogar?</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	16
<p><b>Plantar, regar, abonar, deshierbar o cosechar en una huerta casera o cultivo destinado solo para el consumo de este hogar.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Plantar, regar, abonar, deshierbar o cosechar en una huerta casera o cultivo destinado solo para el consumo de este hogar.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Plantar, regar, abonar, deshierbar o cosechar en una huerta casera o cultivo destinado solo para el consumo de este hogar.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Plantar, regar, abonar, deshierbar o cosechar en una huerta casera o cultivo destinado solo para el consumo de este hogar.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	17
<p><b>Criar animales para el consumo de este hogar tales como: gallinas, cerdos, patos, conejos, etc., cazar o pescar animales para el consumo de este hogar.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criar animales para el consumo de este hogar tales como: gallinas, cerdos, patos, conejos, etc., cazar o pescar animales para el consumo de este hogar.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criar animales para el consumo de este hogar tales como: gallinas, cerdos, patos, conejos, etc., cazar o pescar animales para el consumo de este hogar.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criar animales para el consumo de este hogar tales como: gallinas, cerdos, patos, conejos, etc., cazar o pescar animales para el consumo de este hogar.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1      Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓            Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/>            No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>	18

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## K. OTRAS FORMAS DE TRABAJO (TRABAJO EN PRODUCCIÓN DE BIENES PARA AUTOCONSUMO Y VOLUNTARIADO) (CONCLUSIÓN)

<p><b>19</b></p> <p>Extraer minerales como: carbón, sal, etc, para consumo de este hogar</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)? <input type="text" value=""/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Extraer minerales como: carbón, sal, etc, para consumo de este hogar</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)? <input type="text" value=""/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><b>20</b></p> <p>Recoger leña para el uso de este hogar. (sólo para centros poblados y rural disperso)</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Recoger leña para el uso de este hogar. (sólo para centros poblados y rural disperso)</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<b>TRABAJO VOLUNTARIO</b>	
<p><b>21</b></p> <p>Hacer de manera voluntaria, reparaciones, labores de limpieza o algún trabajo en beneficio de su barrio, vereda, centro poblado o comunidad.</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Hacer de manera voluntaria, reparaciones, labores de limpieza o algún trabajo en beneficio de su barrio, vereda, centro poblado o comunidad.</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><b>22</b></p> <p>Realizar actividades de voluntariado (sin que le pagaran) a través de una institución sin ánimo de lucro</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Realizar actividades de voluntariado (sin que le pagaran) a través de una institución sin ánimo de lucro</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><b>23</b></p> <p>Participar en reuniones de asociaciones de padres, sindicatos, partidos políticos, juntas de acción comunal</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Participar en reuniones de asociaciones de padres, sindicatos, partidos políticos, juntas de acción comunal</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=" "/> Días <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Horas día <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>Extraer minerales como: carbón, sal, etc, para consumo de este hogar</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Extraer minerales como: carbón, sal, etc, para consumo de este hogar</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Extraer minerales como: carbón, sal, etc, para consumo de este hogar</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Extraer minerales como: carbón, sal, etc, para consumo de este hogar</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tendría que pagar si tuviera que comprar este(s) artículo(s)?  <input type="text"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<b>19</b>
<p><b>Recoger leña para el uso de este hogar. (sólo para centros poblados y rural disperso)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>				<b>20</b>
<p><b>Hacer de manera voluntaria, reparaciones, labores de limpieza o algún trabajo en beneficio de su barrio, vereda, centro poblado o comunidad.</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>				<b>21</b>
<p><b>Realizar actividades de voluntariado (sin que le pagaran) a través de una institución sin ánimo de lucro</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>				<b>22</b>
<p><b>Participar en reuniones de asociaciones de padres, sindicatos, partidos políticos, juntas de acción comunal</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Horas día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>				<b>23</b>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## L. OTROS INGRESOS E IMPUESTOS, MES PASADO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS)

<b>El mes pasado, ¿recibió pagos por concepto de arriendos y/o pensiones?</b>	1	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 3	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 3
		a. Arriendos de casas, apartamentos, fincas, lotes, vehículos, equipos, etc.?  Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____  No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. Arriendos de casas, apartamentos, fincas, lotes, vehículos, equipos, etc.?  Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____  No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>¿El mes pasado, recibió pagos por:</b>	2	b. Pensiones o jubilaciones por vejez, invalidez o sustitución pensional?  Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____  No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. Pensiones o jubilaciones por vejez, invalidez o sustitución pensional?  Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____  No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. Pensión alimenticia por paternidad, divorcio o separación?  Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____  No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. Pensión alimenticia por paternidad, divorcio o separación?  Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____  No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## L. OTROS INGRESOS E IMPUESTOS, ÚLTIMOS 12 MESES (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS)

Durante los últimos doce meses, ¿recibió dinero de otros hogares, personas o instituciones; dinero por intereses, dividendos, utilidades o cesantías?	3	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 5
---	---	---	---

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1
No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 3	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 3	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 3	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 3	
<b>a. Arriendos de casas, apartamentos, fincas, lotes, vehículos, equipos, etc.?</b>	<b>a. Arriendos de casas, apartamentos, fincas, lotes, vehículos, equipos, etc.?</b>	<b>a. Arriendos de casas, apartamentos, fincas, lotes, vehículos, equipos, etc.?</b>	<b>a. Arriendos de casas, apartamentos, fincas, lotes, vehículos, equipos, etc.?</b>	
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	
Valor mes pasado	Valor mes pasado	Valor mes pasado	Valor mes pasado	
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>b. Pensiones o jubilaciones por vejez, invalidez o sustitución pensional?</b>	<b>b. Pensiones o jubilaciones por vejez, invalidez o sustitución pensional?</b>	<b>b. Pensiones o jubilaciones por vejez, invalidez o sustitución pensional?</b>	<b>b. Pensiones o jubilaciones por vejez, invalidez o sustitución pensional?</b>	
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	
Valor mes pasado	Valor mes pasado	Valor mes pasado	Valor mes pasado	
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>c. Pensión alimenticia por paternidad, divorcio o separación?</b>	<b>c. Pensión alimenticia por paternidad, divorcio o separación?</b>	<b>c. Pensión alimenticia por paternidad, divorcio o separación?</b>	<b>c. Pensión alimenticia por paternidad, divorcio o separación?</b>	
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	
Valor mes pasado	Valor mes pasado	Valor mes pasado	Valor mes pasado	
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3			
No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 5	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 5	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 5	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 5	

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L. OTROS INGRESOS E IMPUESTOS, ÚLTIMOS 12 MESES (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS) (CONTINUACIÓN)**

<p><b>Durante los últimos doce meses recibió:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Si recibió pero no sabe el monto, registre 98.</div>	<p><b>a. Dinero de otros hogares o personas residentes en el país</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>b. Dinero de otros hogares o personas residentes fuera del país</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>c. Ayudas en dinero de instituciones del país o de fuera del país</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d» No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d»</p> <p><b>c1. Las ayudas en dinero fueron de:</b></p> <p>Entidades privadas nacionales Valor <input type="checkbox"/>  \$ _____</p> <p>Entidades del gobierno Valor <input type="checkbox"/>  \$ _____</p> <p>Más Familias en Acción Valor \$ _____</p> <p>Jóvenes en Acción Valor \$ _____</p> <p>Colombia Mayor Valor \$ _____</p> <p>Otro, ¿cuál? _____ Valor \$ _____</p> <p>Entidades de fuera del país Valor <input type="checkbox"/>  \$ _____</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>a. Dinero de otros hogares o personas residentes en el país</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>b. Dinero de otros hogares o personas residentes fuera del país</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>c. Ayudas en dinero de instituciones del país o de fuera del país</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d» No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d»</p> <p><b>c1. Las ayudas en dinero fueron de:</b></p> <p>Entidades privadas nacionales Valor <input type="checkbox"/>  \$ _____</p> <p>Entidades del gobierno Valor <input type="checkbox"/>  \$ _____</p> <p>Más Familias en Acción Valor \$ _____</p> <p>Jóvenes en Acción Valor \$ _____</p> <p>Colombia Mayor Valor \$ _____</p> <p>Otro, ¿cuál? _____ Valor \$ _____</p> <p>Entidades de fuera del país Valor <input type="checkbox"/>  \$ _____</p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	---	---

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

a. Dinero de otros hogares o personas residentes en el país	a. Dinero de otros hogares o personas residentes en el país	a. Dinero de otros hogares o personas residentes en el país	a. Dinero de otros hogares o personas residentes en el país
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Dinero de otros hogares o personas residentes fuera del país	b. Dinero de otros hogares o personas residentes fuera del país	b. Dinero de otros hogares o personas residentes fuera del país	b. Dinero de otros hogares o personas residentes fuera del país
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Ayudas en dinero de instituciones del país o de fuera del país	c. Ayudas en dinero de instituciones del país o de fuera del país	c. Ayudas en dinero de instituciones del país o de fuera del país	c. Ayudas en dinero de instituciones del país o de fuera del país
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d» No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d»	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d» No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d»	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d» No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d»	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor \$ _____ No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d» No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a «d»
c1. Las ayudas en dinero fueron de:			
Entidades privadas nacionales Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ Entidades del gobierno Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ Más Familias en Acción Valor \$ _____ Jóvenes en Acción Valor \$ _____ Colombia Mayor Valor \$ _____ Otro, ¿cuál? _____ Valor \$ _____ Entidades de fuera del país Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entidades privadas nacionales Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ Entidades del gobierno Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ Más Familias en Acción Valor \$ _____ Jóvenes en Acción Valor \$ _____ Colombia Mayor Valor \$ _____ Otro, ¿cuál? _____ Valor \$ _____ Entidades de fuera del país Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entidades privadas nacionales Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ Entidades del gobierno Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ Más Familias en Acción Valor \$ _____ Jóvenes en Acción Valor \$ _____ Colombia Mayor Valor \$ _____ Otro, ¿cuál? _____ Valor \$ _____ Entidades de fuera del país Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entidades privadas nacionales Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ Entidades del gobierno Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ Más Familias en Acción Valor \$ _____ Jóvenes en Acción Valor \$ _____ Colombia Mayor Valor \$ _____ Otro, ¿cuál? _____ Valor \$ _____ Entidades de fuera del país Valor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$ _____ No sabe, no informa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Observaciones:**

---



---



---



---

**L. OTROS INGRESOS E IMPUESTOS, ÚLTIMOS 12 MESES (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS) (CONTINUACIÓN)**

<p>Durante los últimos doce meses recibió:</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Si recibió pero no sabe el monto, registre 98.</p>	<p><b>4</b></p> <p>d. Dinero por intereses de préstamos o por CDT, depósitos de ahorro, utilidades, ganancias o dividendos por inversiones</p> <p>No se incluyen herencias ni regalías</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 </p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 </p> <p>e. Ingresos por concepto de cesantías y/o intereses a las cesantías</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 </p> <p>f. Dinero de otras fuentes diferentes a las anteriores (ingresos por ganancias en juegos de azar, chances, loterías, indemnizaciones, liquidaciones, venta de propiedades, acciones, vehículos, etc.)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 </p> <p>d. Dinero por intereses de préstamos o por CDT, depósitos de ahorro, utilidades, ganancias o dividendos por inversiones</p> <p>No se incluyen herencias ni regalías</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>e. Ingresos por concepto de cesantías y/o intereses a las cesantías</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>f. Dinero de otras fuentes diferentes a las anteriores (ingresos por ganancias en juegos de azar, chances, loterías, indemnizaciones, liquidaciones, venta de propiedades, acciones, vehículos, etc.)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p> <p>No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 </p>
---	--

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>d. Dinero por intereses de préstamos o por CDT, depósitos de ahorro, utilidades, ganancias o dividendos por inversiones</b></p> <p>No se incluyen herencias ni regalías</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>d. Dinero por intereses de préstamos o por CDT, depósitos de ahorro, utilidades, ganancias o dividendos por inversiones</b></p> <p>No se incluyen herencias ni regalías</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>d. Dinero por intereses de préstamos o por CDT, depósitos de ahorro, utilidades, ganancias o dividendos por inversiones</b></p> <p>No se incluyen herencias ni regalías</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>d. Dinero por intereses de préstamos o por CDT, depósitos de ahorro, utilidades, ganancias o dividendos por inversiones</b></p> <p>No se incluyen herencias ni regalías</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>
<p><b>e. Ingresos por concepto de cesantías y/o intereses a las cesantías</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>e. Ingresos por concepto de cesantías y/o intereses a las cesantías</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>e. Ingresos por concepto de cesantías y/o intereses a las cesantías</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>e. Ingresos por concepto de cesantías y/o intereses a las cesantías</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>
<p><b>f. Dinero de otras fuentes diferentes a las anteriores (ingresos por ganancias en juegos de azar, chances, loterías, indemnizaciones, liquidaciones, venta de propiedades, acciones, vehículos, etc.)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>f. Dinero de otras fuentes diferentes a las anteriores (ingresos por ganancias en juegos de azar, chances, loterías, indemnizaciones, liquidaciones, venta de propiedades, acciones, vehículos, etc.)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>f. Dinero de otras fuentes diferentes a las anteriores (ingresos por ganancias en juegos de azar, chances, loterías, indemnizaciones, liquidaciones, venta de propiedades, acciones, vehículos, etc.)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>	<p><b>f. Dinero de otras fuentes diferentes a las anteriores (ingresos por ganancias en juegos de azar, chances, loterías, indemnizaciones, liquidaciones, venta de propiedades, acciones, vehículos, etc.)</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↴ Valor \$ _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/></p>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L. OTROS INGRESOS E IMPUESTOS, MES PASADO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MAS)**  
**IMPUESTOS**

<b>¿Es propietario de una o varias propiedades inmuebles?</b>	5	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 8
<b>Durante los últimos doce meses, ¿cuánto pagó por impuesto predial de su(s) propiedad(es)?</b>	6	Valor pagado o descontado \$ _____	Valor pagado o descontado \$ _____
<b>Durante los últimos doce meses, ¿cuánto pagó por impuesto de valorización de su(s) propiedad(es)?</b>	7	Valor pagado o descontado \$ _____	Valor pagado o descontado \$ _____
<b>Durante los últimos doce meses, ¿realizó el pago de impuesto de vehículos?</b>	8	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>  Valor mes pasado \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>  Valor mes pasado \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<b>Durante los últimos doce meses, ¿realizó el pago de impuestos a la renta y complementarios?</b>	9	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>  a. Valor mes pasado \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>  a. Valor mes pasado \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
		b. ¿A cuántos años corresponde el pago? Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. ¿A cuántos años corresponde el pago? Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c. ¿Cuál fue el último año pagado? Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c. ¿Cuál fue el último año pagado? Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		d. ¿Cuánto fue el monto del último año pagado? \$ _____	d. ¿Cuánto fue el monto del último año pagado? \$ _____
<b>Durante los últimos doce meses, ¿realizó el pago de impuestos a ganancias en juegos de azar, chances, loterías, indemnizaciones, liquidaciones, venta de propiedades, acciones, vehículos, etc.?</b>	10	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>  Valor mes pasado \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>  Valor mes pasado \$ _____ No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
	<small>Pase a capítulo M</small>	<small>Pase a capítulo M</small>	

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 8	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 8	<b>5</b>
Valor pagado o descontado \$ _____	<b>6</b>			
Valor pagado o descontado \$ _____	<b>7</b>			
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____	<b>8</b>
No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/>				
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ a. Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ a. Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ a. Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ a. Valor mes pasado \$ _____	<b>9</b>
No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/>				
b. ¿A cuántos años corresponde el pago? Años <input type="checkbox"/>	b. ¿A cuántos años corresponde el pago? Años <input type="checkbox"/>	b. ¿A cuántos años corresponde el pago? Años <input type="checkbox"/>	b. ¿A cuántos años corresponde el pago? Años <input type="checkbox"/>	
c. ¿Cuál fue el último año pagado? Año <input type="checkbox"/>	c. ¿Cuál fue el último año pagado? Año <input type="checkbox"/>	c. ¿Cuál fue el último año pagado? Año <input type="checkbox"/>	c. ¿Cuál fue el último año pagado? Año <input type="checkbox"/>	
d. ¿Cuánto fue el monto del último año pagado? \$ _____	d. ¿Cuánto fue el monto del último año pagado? \$ _____	d. ¿Cuánto fue el monto del último año pagado? \$ _____	d. ¿Cuánto fue el monto del último año pagado? \$ _____	
Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ Valor mes pasado \$ _____	<b>10</b>
No <input type="checkbox"/> No sabe, no informa <input type="checkbox"/>				
Pase a capítulo M	Pase a capítulo M			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**M. MÓDULO MICRONEGOCIOS (PARA PATRONOS Y CUENTA PROPIA DE EMPLEO PRINCIPAL)**

... ¿en su trabajo o actividad usted tiene un jefe o superior inmediato?	1  Sí <input type="checkbox"/> Pase a 3  No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> Pase a 3  No <input type="checkbox"/>
Entonces, ¿... se dedica a un negocio o actividad por su cuenta?	2  Sí <input type="checkbox"/>  No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>  No <input type="checkbox"/>
Además de su fuerza de trabajo, ¿usted es el propietario o toma en alquiler algún medio (por ejemplo: maquinaria, equipo, materiales, muebles, vehículos, herramientas, mercancía, etc.) para el desarrollo de su actividad?	3  Sí <input type="checkbox"/> Pase a 5  No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> Pase a 5  No <input type="checkbox"/>
¿Usted es el propietario de los productos fabricados o comercializados, o de los servicios que suministra?	4  Sí <input type="checkbox"/>  No <input type="checkbox"/> Pase a 7	Sí <input type="checkbox"/>  No <input type="checkbox"/> Pase a 7
La actividad económica, negocio o empresa donde trabaja es propiedad de:	5  a. ... es el único dueño <input type="checkbox"/> Pase a 7  b. Dos (2) o más personas de este hogar <input type="checkbox"/>  c. Una sola persona de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> Pase a 7  d. Varias personas de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/>	a. ... es el único dueño <input type="checkbox"/> Pase a 7  b. Dos (2) o más personas de este hogar <input type="checkbox"/>  c. Una sola persona de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> Pase a 7  d. Varias personas de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/>
¿La información de este negocio, empresa o actividad económica ya fue registrada?	6  Sí <input type="checkbox"/> Pase a cap. N  No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> Pase a cap. N  No <input type="checkbox"/>
¿Cuál fue el valor de las ventas o ingresos totales de su actividad, negocio, profesión o finca, el mes pasado?	7  \$ _____	\$ _____
¿Cuánto fue el valor total pagado por salarios, honorarios, jornales el mes pasado?	8  \$ _____	\$ _____

**Observaciones:**

Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 3	1
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>				
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2			
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>				
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 5	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 5	3
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>				
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	4			
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 7	
a. ... es el único dueño <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 7	a. ... es el único dueño <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 7	a. ... es el único dueño <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 7	a. ... es el único dueño <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 7	5
b. Dos (2) o más personas de este hogar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Dos (2) o más personas de este hogar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Dos (2) o más personas de este hogar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Dos (2) o más personas de este hogar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
c. Una sola persona de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 7	c. Una sola persona de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 7	c. Una sola persona de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 7	c. Una sola persona de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 7	
d. Varias personas de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Varias personas de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Varias personas de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	d. Varias personas de este hogar y personas de otros hogares <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a cap. N	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a cap. N	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a cap. N	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a cap. N	6
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>				
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	7
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	8

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

## **N. MÓDULO DE FECUNDIDAD (PARA MUJERES DE 10 A 50 AÑOS)**

<p><b>¿Ha tenido... algún HIJO O HIJA que haya NACIDO VIVO(A)?</b></p>	1	Sí	1 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>	Sí	1 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>
		¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/>
	No	2 <input type="text"/> Pase a cap. O	No	2 <input type="text"/> Pase a cap. O	
<p><b>De los HIJOS e HIJAS que NACIERON VIVOS de..., ¿cuántos están VIVOS ACTUALMENTE?</b></p>	2	<b>CANTIDAD:</b>	<b>CANTIDAD:</b>		
		¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>		
		Ninguno = 00	Pase a 3	Ninguno = 00	Pase a 3
		¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Cuántos hombres? <input type="text"/> <input type="text"/>		
		¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Cuántas mujeres? <input type="text"/> <input type="text"/>		
No sabe	9 <input type="text"/>	No sabe	9 <input type="text"/>		
<p><b>¿En qué AÑO Y MES TUVO... su ÚNICO o ÚLTIMO hijo(a) nacido(a) vivo(a)?</b></p>	3	Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Enero	1 <input type="text"/>	Enero	1 <input type="text"/>
		Febrero	2 <input type="text"/>	Febrero	2 <input type="text"/>
		Marzo	3 <input type="text"/>	Marzo	3 <input type="text"/>
		Abril	4 <input type="text"/>	Abril	4 <input type="text"/>
		Mayo	5 <input type="text"/>	Mayo	5 <input type="text"/>
		Junio	6 <input type="text"/>	Junio	6 <input type="text"/>
		Julio	7 <input type="text"/>	Julio	7 <input type="text"/>
		Agosto	8 <input type="text"/>	Agosto	8 <input type="text"/>
		Septiembre	9 <input type="text"/>	Septiembre	9 <input type="text"/>
		Octubre	10 <input type="text"/>	Octubre	10 <input type="text"/>
		Noviembre	11 <input type="text"/>	Noviembre	11 <input type="text"/>
		Diciembre	12 <input type="text"/>	Diciembre	12 <input type="text"/>
No sabe	98 <input type="text"/>	No sabe	98 <input type="text"/>		
	Pase a cap. O		Pase a cap. O		

### **Observaciones:**

Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> Sí <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>1</td>	1		1		1		1		↓	↓	↓	↓	1											
1																								
1																								
1																								
1																								
¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a cap. O	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a cap. O	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a cap. O	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a cap. O	2		No <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table> Pase a cap. O	2											
2																								
2																								
2																								
2																								
2																								
<b>CANTIDAD:</b>		<b>CANTIDAD:</b>		<b>CANTIDAD:</b>																				
¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
Ninguno = 00 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 3			Ninguno = 00 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 3			Ninguno = 00 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 3			Ninguno = 00 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 3			Ninguno = 00 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Pase a 3												
¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántos hombres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			¿Cuántas mujeres? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
No sabe <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		No sabe <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		No sabe <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		No sabe <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		No sabe <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9											
9																								
9																								
9																								
9																								
9																								
Mes		Mes		Mes																				
Año <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Año <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Año <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Año <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Año <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Enero <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Enero <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Enero <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Enero <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1		Enero <table border="1"><tr><td>1</td><td> </td></tr></table>	1											
1																								
1																								
1																								
1																								
1																								
Febrero <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		Febrero <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		Febrero <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		Febrero <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2		Febrero <table border="1"><tr><td>2</td><td> </td></tr></table>	2											
2																								
2																								
2																								
2																								
2																								
Marzo <table border="1"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3		Marzo <table border="1"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3		Marzo <table border="1"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3		Marzo <table border="1"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3		Marzo <table border="1"><tr><td>3</td><td> </td></tr></table>	3											
3																								
3																								
3																								
3																								
3																								
Abril <table border="1"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table>	4		Abril <table border="1"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table>	4		Abril <table border="1"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table>	4		Abril <table border="1"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table>	4		Abril <table border="1"><tr><td>4</td><td> </td></tr></table>	4											
4																								
4																								
4																								
4																								
4																								
Mayo <table border="1"><tr><td>5</td><td> </td></tr></table>	5		Mayo <table border="1"><tr><td>5</td><td> </td></tr></table>	5		Mayo <table border="1"><tr><td>5</td><td> </td></tr></table>	5		Mayo <table border="1"><tr><td>5</td><td> </td></tr></table>	5		Mayo <table border="1"><tr><td>5</td><td> </td></tr></table>	5											
5																								
5																								
5																								
5																								
5																								
Junio <table border="1"><tr><td>6</td><td> </td></tr></table>	6		Junio <table border="1"><tr><td>6</td><td> </td></tr></table>	6		Junio <table border="1"><tr><td>6</td><td> </td></tr></table>	6		Junio <table border="1"><tr><td>6</td><td> </td></tr></table>	6		Junio <table border="1"><tr><td>6</td><td> </td></tr></table>	6											
6																								
6																								
6																								
6																								
6																								
Julio <table border="1"><tr><td>7</td><td> </td></tr></table>	7		Julio <table border="1"><tr><td>7</td><td> </td></tr></table>	7		Julio <table border="1"><tr><td>7</td><td> </td></tr></table>	7		Julio <table border="1"><tr><td>7</td><td> </td></tr></table>	7		Julio <table border="1"><tr><td>7</td><td> </td></tr></table>	7											
7																								
7																								
7																								
7																								
7																								
Agosto <table border="1"><tr><td>8</td><td> </td></tr></table>	8		Agosto <table border="1"><tr><td>8</td><td> </td></tr></table>	8		Agosto <table border="1"><tr><td>8</td><td> </td></tr></table>	8		Agosto <table border="1"><tr><td>8</td><td> </td></tr></table>	8		Agosto <table border="1"><tr><td>8</td><td> </td></tr></table>	8											
8																								
8																								
8																								
8																								
8																								
Septiembre <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		Septiembre <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		Septiembre <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		Septiembre <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9		Septiembre <table border="1"><tr><td>9</td><td> </td></tr></table>	9											
9																								
9																								
9																								
9																								
9																								
Octubre <table border="1"><tr><td>10</td><td> </td></tr></table>	10		Octubre <table border="1"><tr><td>10</td><td> </td></tr></table>	10		Octubre <table border="1"><tr><td>10</td><td> </td></tr></table>	10		Octubre <table border="1"><tr><td>10</td><td> </td></tr></table>	10		Octubre <table border="1"><tr><td>10</td><td> </td></tr></table>	10											
10																								
10																								
10																								
10																								
10																								
Noviembre <table border="1"><tr><td>11</td><td> </td></tr></table>	11		Noviembre <table border="1"><tr><td>11</td><td> </td></tr></table>	11		Noviembre <table border="1"><tr><td>11</td><td> </td></tr></table>	11		Noviembre <table border="1"><tr><td>11</td><td> </td></tr></table>	11		Noviembre <table border="1"><tr><td>11</td><td> </td></tr></table>	11											
11																								
11																								
11																								
11																								
11																								
Diciembre <table border="1"><tr><td>12</td><td> </td></tr></table>	12		Diciembre <table border="1"><tr><td>12</td><td> </td></tr></table>	12		Diciembre <table border="1"><tr><td>12</td><td> </td></tr></table>	12		Diciembre <table border="1"><tr><td>12</td><td> </td></tr></table>	12		Diciembre <table border="1"><tr><td>12</td><td> </td></tr></table>	12											
12																								
12																								
12																								
12																								
12																								
No sabe <table border="1"><tr><td>98</td><td> </td></tr></table>	98		No sabe <table border="1"><tr><td>98</td><td> </td></tr></table>	98		No sabe <table border="1"><tr><td>98</td><td> </td></tr></table>	98		No sabe <table border="1"><tr><td>98</td><td> </td></tr></table>	98		No sabe <table border="1"><tr><td>98</td><td> </td></tr></table>	98											
98																								
98																								
98																								
98																								
98																								
Pase a cap. O	Pase a cap. O	Pase a cap. O	Pase a cap. O	Pase a cap. O																				

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## O. MÓDULO DE MIGRACIÓN (PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR)

<p><b>Dónde nació...:</b></p> <p><b>Nacionalidad:</b></p> <p>Lea las alternativas</p> <p><b>¿... tiene la intención de quedarse a vivir en Colombia?</b></p>	<p>1</p> <p>a. Aquí en este municipio <input type="text" value="01"/> b. En otro municipio <input type="text" value="02"/></p> <p>Departamento: _____</p> <p>Municipio: _____</p> <p>c. En otro país: <input type="text" value="03"/> Pase a c.1</p> <p>Estados Unidos <input type="text" value="1"/>      España <input type="text" value="2"/>      Venezuela <input type="text" value="3"/>      Ecuador <input type="text" value="4"/>      Panamá <input type="text" value="5"/>      Perú <input type="text" value="6"/>      Costa Rica <input type="text" value="7"/>      Argentina <input type="text" value="8"/>      Francia <input type="text" value="9"/>      Italia <input type="text" value="10"/>      Otro país <input type="text" value="11"/></p> <p>c1. En qué año y mes llegó a Colombia por última vez Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Aquí en este municipio <input type="text" value="01"/> b. En otro municipio <input type="text" value="02"/></p> <p>Departamento: _____</p> <p>Municipio: _____</p> <p>c. En otro país: <input type="text" value="03"/></p> <p>Estados Unidos <input type="text" value="1"/>      España <input type="text" value="2"/>      Venezuela <input type="text" value="3"/>      Ecuador <input type="text" value="4"/>      Panamá <input type="text" value="5"/>      Perú <input type="text" value="6"/>      Costa Rica <input type="text" value="7"/>      Argentina <input type="text" value="8"/>      Francia <input type="text" value="9"/>      Italia <input type="text" value="10"/>      Otro país <input type="text" value="11"/></p> <p>c1. En qué año y mes llegó a Colombia por última vez Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/></p>
	<p>2</p> <p>a. Colombiana <input type="text" value="1"/> Pase a 4      b. Colombiana y otra(s). Cúal(es) _____ <input type="text" value="2"/> Pase a 3</p> <p>c. No tiene nacionalidad Colombiana. País o países de nacionalidad: _____ <input type="text" value="3"/> Pase a 3</p>	<p>a. Colombiana <input type="text" value="1"/> Pase a 4      b. Colombiana y otra(s). Cúal(es) _____ <input type="text" value="2"/> Pase a 3</p> <p>c. No tiene nacionalidad Colombiana. País o países de nacionalidad: _____ <input type="text" value="3"/> Pase a 3</p>
	<p>3</p> <p>Sí <span style="float: right;">→ ¿Cuánto tiempo? <input type="text" value="01"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses</span>      No <input type="text" value="02"/>      Siempre ha vivido en este país <input type="text" value="03"/>      No sabe, no informa <input type="text" value="09"/> Pase a 4</p> <p><b>Si pregunta 2 = b. Colombiana y otra(s). Cúal(es), pase a pregunta 4</b>  <b>Si pregunta 2 = c. No tiene nacionalidad Colombiana, pase a pregunta 10</b></p>	<p>Sí <span style="float: right;">→ ¿Cuánto tiempo? <input type="text" value="01"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses</span>      No <input type="text" value="02"/>      Siempre ha vivido en este país <input type="text" value="03"/>      No sabe, no informa <input type="text" value="09"/> Pase a 4</p> <p><b>Si pregunta 2 = b. Colombiana y otra(s). Cúal(es), pase a pregunta 4</b>  <b>Si pregunta 2 = c. No tiene nacionalidad Colombiana, pase a pregunta 10</b></p>

a. Aquí en este municipio <input type="checkbox"/> 01			
b. En otro municipio <input type="checkbox"/> 02			
Departamento: _____	Departamento: _____	Departamento: _____	Departamento: _____
Municipio: _____	Municipio: _____	Municipio: _____	Municipio: _____
c. En otro país: <input type="checkbox"/> 03			
Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1			
España <input type="checkbox"/> 2	España <input type="checkbox"/> 2	España <input type="checkbox"/> 2	España <input type="checkbox"/> 2
Venezuela <input type="checkbox"/> 3	Venezuela <input type="checkbox"/> 3	Venezuela <input type="checkbox"/> 3	Venezuela <input type="checkbox"/> 3
Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Ecuador <input type="checkbox"/> 4	Ecuador <input type="checkbox"/> 4
Panamá <input type="checkbox"/> 5	Panamá <input type="checkbox"/> 5	Panamá <input type="checkbox"/> 5	Panamá <input type="checkbox"/> 5
Perú <input type="checkbox"/> 6	Perú <input type="checkbox"/> 6	Perú <input type="checkbox"/> 6	Perú <input type="checkbox"/> 6
Costa Rica <input type="checkbox"/> 7			
Argentina <input type="checkbox"/> 8	Argentina <input type="checkbox"/> 8	Argentina <input type="checkbox"/> 8	Argentina <input type="checkbox"/> 8
Francia <input type="checkbox"/> 9	Francia <input type="checkbox"/> 9	Francia <input type="checkbox"/> 9	Francia <input type="checkbox"/> 9
Italia <input type="checkbox"/> 10	Italia <input type="checkbox"/> 10	Italia <input type="checkbox"/> 10	Italia <input type="checkbox"/> 10
Otro país <input type="checkbox"/> 11			
c1. En qué año y mes llegó a Colombia por última vez Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c1. En qué año y mes llegó a Colombia por última vez Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c1. En qué año y mes llegó a Colombia por última vez Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c1. En qué año y mes llegó a Colombia por última vez Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a. Colombiana <input type="checkbox"/> 1 Pase a 4			
b. Colombiana y otra(s). Cúal(es) <input type="checkbox"/> 2 Pase a 3	b. Colombiana y otra(s). Cúal(es) <input type="checkbox"/> 2 Pase a 3	b. Colombiana y otra(s). Cúal(es) <input type="checkbox"/> 2 Pase a 3	b. Colombiana y otra(s). Cúal(es) <input type="checkbox"/> 2 Pase a 3
c. No tiene nacionalidad Colombiana. País o países de nacionalidad: <input type="checkbox"/> 3 Pase a 3	c. No tiene nacionalidad Colombiana. País o países de nacionalidad: <input type="checkbox"/> 3 Pase a 3	c. No tiene nacionalidad Colombiana. País o países de nacionalidad: <input type="checkbox"/> 3 Pase a 3	c. No tiene nacionalidad Colombiana. País o países de nacionalidad: <input type="checkbox"/> 3 Pase a 3
Sí <input type="checkbox"/> 01 → ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Meses	Sí <input type="checkbox"/> 01 → ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Meses	Sí <input type="checkbox"/> 01 → ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Meses	Sí <input type="checkbox"/> 01 → ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Meses
No <input type="checkbox"/> 02			
Siempre ha vivido en este país <input type="checkbox"/> 03	Siempre ha vivido en este país <input type="checkbox"/> 03	Siempre ha vivido en este país <input type="checkbox"/> 03	Siempre ha vivido en este país <input type="checkbox"/> 03
No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 09 Pase a 4	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 09 Pase a 4	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 09 Pase a 4	No sabe, no informa <input type="checkbox"/> 09 Pase a 4
Si pregunta 2 = b. Colombiana y otra(s). Cúal(es), pase a pregunta 4 Si pregunta 2 = c. No tiene nacionalidad Colombiana, pase a pregunta 10		Si pregunta 2 = b. Colombiana y otra(s). Cúal(es), pase a pregunta 4 Si pregunta 2 = c. No tiene nacionalidad Colombiana, pase a pregunta 10	
Si pregunta 2 = b. Colombiana y otra(s). Cúal(es), pase a pregunta 4 Si pregunta 2 = c. No tiene nacionalidad Colombiana, pase a pregunta 10		Si pregunta 2 = b. Colombiana y otra(s). Cúal(es), pase a pregunta 4 Si pregunta 2 = c. No tiene nacionalidad Colombiana, pase a pregunta 10	

## O. MÓDULO DE MIGRACIÓN (PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR) (CONTINUACIÓN)

¿Alguna vez ha vivido en otro(s) país(es) durante más de 6 meses?	4	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 10	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 10
¿Mientras estuvo viviendo en el exterior ..., trabajó?	5	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 10	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pase a 10
¿A qué país viajó por última vez a trabajar?	6	país:	país:
		Estados Unidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Estados Unidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		España <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	España <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Venezuela <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Venezuela <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Ecuador <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ecuador <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Panamá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Panamá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Perú <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Perú <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Costa Rica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Costa Rica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Argentina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Argentina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Francia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Francia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Italia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Italia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otro país <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otro país <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
¿Cuál? _____	¿Cuál? _____		
¿Durante cuánto tiempo estuvo trabajando en ese país?	6A	Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿... en qué año viajó a ese país?	7	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿... en qué año salió de ese país?	8	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿... en qué año volvió a vivir en Colombia?	9	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sí <input type="checkbox"/> 1	4			
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10				
Sí <input type="checkbox"/> 1	5			
No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 10				
país: Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1				
España <input type="checkbox"/> 2				
Venezuela <input type="checkbox"/> 3				
Ecuador <input type="checkbox"/> 4				
Panamá <input type="checkbox"/> 5				
Perú <input type="checkbox"/> 6	6			
Costa Rica <input type="checkbox"/> 7				
Argentina <input type="checkbox"/> 8				
Francia <input type="checkbox"/> 9				
Italia <input type="checkbox"/> 10				
Otro país <input type="checkbox"/> 11				
¿Cuál? _____	¿Cuál? _____	¿Cuál? _____	¿Cuál? _____	
Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6A			
Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7
Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8
Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9

## **Observaciones:**

## O. MÓDULO DE MIGRACIÓN (PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR) (CONTINUACIÓN)

10	a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Pase a 12	a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Pase a 12
	b. En este municipio <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/>	b. En este municipio <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/>
	c. En otro municipio <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/>	c. En otro municipio <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/>
	Departamento: _____	
	Municipio: _____	
	d. En otro país: <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/>	d. En otro país: <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/>
	Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 12
	España <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12	España <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 12
	Venezuela <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Venezuela <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 12
	Ecuador <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Ecuador <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 12
	Panamá <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Panamá <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 12
	Perú <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Perú <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 12
Costa Rica <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Costa Rica <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 12	
Argentina <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Argentina <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 12	
Francia <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Francia <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 12	
Italia <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Italia <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Pase a 12	
Otro país <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Pase a 12	Otro país <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Pase a 12	
<b>¿Dónde vivía .... , hace 5 años?</b>		
11	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
<b>El lugar donde vivía ... hace 5 años era:</b>		

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 Pase a 12	a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 Pase a 12	a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 Pase a 12	a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 Pase a 12
b. En este municipio <input type="checkbox"/> 02			
c. En otro municipio <input type="checkbox"/> 03			
Departamento:	Departamento:	Departamento:	Departamento:
Municipio:	Municipio:	Municipio:	Municipio:
d. En otro país: Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12	d. En otro país: Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12	d. En otro país: Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12	d. En otro país: Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 Pase a 12
España <input type="checkbox"/> 2 Pase a 12			
Venezuela <input type="checkbox"/> 3 Pase a 12			
Ecuador <input type="checkbox"/> 4 Pase a 12			
Panamá <input type="checkbox"/> 5 Pase a 12			
Perú <input type="checkbox"/> 6 Pase a 12			
Costa Rica <input type="checkbox"/> 7 Pase a 12			
Argentina <input type="checkbox"/> 8 Pase a 12			
Francia <input type="checkbox"/> 9 Pase a 12			
Italia <input type="checkbox"/> 10 Pase a 12			
Otro país <input type="checkbox"/> 11 Pase a 12			
a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1
b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2

**Observaciones:**

**O. MÓDULO DE MIGRACIÓN (PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR) (CONTINUACIÓN)**

<b>12</b> <b>¿Dónde vivía .... , hace 12 meses?</b>	a. No había nacido 01 <input type="checkbox"/> Pase a cap. P	a. No había nacido 01 <input type="checkbox"/> Pase a cap. P
	b. En este municipio 02 <input type="checkbox"/>	b. En este municipio 02 <input type="checkbox"/>
	c. En otro municipio 03 <input type="checkbox"/>	c. En otro municipio 03 <input type="checkbox"/>
	Departamento: _____	Departamento: _____
	Municipio: _____	Municipio: _____
	d. En otro país: 04 <input type="checkbox"/>	d. En otro país: 04 <input type="checkbox"/>
	Estados Unidos 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Estados Unidos 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14
	España 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	España 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14
	Venezuela 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Venezuela 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14
	Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Ecuador 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14
	Panamá 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Panamá 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14
	Perú 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Perú 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Costa Rica 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Costa Rica 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14	
Argentina 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Argentina 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14	
Francia 9 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Francia 9 <input type="checkbox"/> Pase a 14	
Italia 10 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Italia 10 <input type="checkbox"/> Pase a 14	
Otro país 11 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Otro país 11 <input type="checkbox"/> Pase a 14	
<b>13</b> <b>El lugar donde vivía ..... hace 12 meses era:</b>	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? 1 <input type="checkbox"/>	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? 1 <input type="checkbox"/>
	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? 2 <input type="checkbox"/>	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? 2 <input type="checkbox"/>

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Pase a cap. P	a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Pase a cap. P	a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Pase a cap. P	a. No había nacido <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> Pase a cap. P
b. En este municipio <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/>	b. En este municipio <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/>	b. En este municipio <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/>	b. En este municipio <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/>
c. En otro municipio <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/>	c. En otro municipio <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/>	c. En otro municipio <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/>	c. En otro municipio <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/>
Departamento: _____	Departamento: _____	Departamento: _____	Departamento: _____
Municipio: _____	Municipio: _____	Municipio: _____	Municipio: _____
d. En otro país: <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/>	d. En otro país: <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/>	d. En otro país: <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/>	d. En otro país: <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/>
Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Estados Unidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 14
España <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	España <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	España <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14	España <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Venezuela <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Venezuela <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Venezuela <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Venezuela <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Ecuador <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Ecuador <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Ecuador <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Ecuador <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Panamá <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Panamá <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Panamá <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Panamá <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Perú <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Perú <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Perú <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Perú <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Costa Rica <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Costa Rica <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Costa Rica <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Costa Rica <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Argentina <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Argentina <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Argentina <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Argentina <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Francia <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Francia <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Francia <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Francia <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Italia <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Italia <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Italia <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Italia <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Pase a 14
Otro país <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Otro país <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Otro país <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Pase a 14	Otro país <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Pase a 14
a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. ¿La cabecera municipal (donde está la alcaldía)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. ¿Parte rural (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío, vereda, campo)? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

12

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

O. MÓDULO DE MIGRACIÓN (PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR) (CONCLUSIÓN)

	a. Trabajo	<input type="checkbox"/> 1	Pase a cap. P	a. Trabajo	<input type="checkbox"/> 1	Pase a cap. P
	b. Estudio	<input type="checkbox"/> 2	Pase a cap. P	b. Estudio	<input type="checkbox"/> 2	Pase a cap. P
	c. Salud	<input type="checkbox"/> 3	Pase a cap. P	c. Salud	<input type="checkbox"/> 3	Pase a cap. P
	d. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados	<input type="checkbox"/> 4	Pase a cap. P	d. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados	<input type="checkbox"/> 4	Pase a cap. P
	e. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común)	<input type="checkbox"/> 5	Pase a cap. P	e. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común)	<input type="checkbox"/> 5	Pase a cap. P
14	f. Desastres naturales	<input type="checkbox"/> 6	Pase a cap. P	f. Desastres naturales	<input type="checkbox"/> 6	Pase a cap. P
	g. Conformación de un nuevo hogar	<input type="checkbox"/> 7	Pase a cap. P	g. Conformación de un nuevo hogar	<input type="checkbox"/> 7	Pase a cap. P
	h. Acompañar a otros miembros del hogar	<input type="checkbox"/> 8	Pase a cap. P	h. Acompañar a otros miembros del hogar	<input type="checkbox"/> 8	Pase a cap. P
	i. Motivos culturales asociados a grupos étnicos	<input type="checkbox"/> 9	Pase a cap. P	i. Motivos culturales asociados a grupos étnicos	<input type="checkbox"/> 9	Pase a cap. P
	j. Adquisición de vivienda propia	<input type="checkbox"/> 10	Pase a cap. P	j. Adquisición de vivienda propia	<input type="checkbox"/> 10	Pase a cap. P
	k. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 12	Pase a cap. P	k. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 12	Pase a cap. P

### **Observaciones:**

a. Trabajo	<input type="checkbox"/> 1 Pase a cap. P	a. Trabajo	<input type="checkbox"/> 1 Pase a cap. P	a. Trabajo	<input type="checkbox"/> 1 Pase a cap. P	a. Trabajo	<input type="checkbox"/> 1 Pase a cap. P
b. Estudio	<input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. P	b. Estudio	<input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. P	b. Estudio	<input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. P	b. Estudio	<input type="checkbox"/> 2 Pase a cap. P
c. Salud	<input type="checkbox"/> 3 Pase a cap. P	c. Salud	<input type="checkbox"/> 3 Pase a cap. P	c. Salud	<input type="checkbox"/> 3 Pase a cap. P	c. Salud	<input type="checkbox"/> 3 Pase a cap. P
d. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados	<input type="checkbox"/> 4 Pase a cap. P	d. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados	<input type="checkbox"/> 4 Pase a cap. P	d. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados	<input type="checkbox"/> 4 Pase a cap. P	d. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física ocasionada por conflicto armado o grupos armados	<input type="checkbox"/> 4 Pase a cap. P
e. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común)	<input type="checkbox"/> 5 Pase a cap. P	e. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común)	<input type="checkbox"/> 5 Pase a cap. P	e. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común)	<input type="checkbox"/> 5 Pase a cap. P	e. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física por violencia NO asociada al conflicto armado (inseguridad, delincuencia común)	<input type="checkbox"/> 5 Pase a cap. P
f. Desastres naturales	<input type="checkbox"/> 6 Pase a cap. P	f. Desastres naturales	<input type="checkbox"/> 6 Pase a cap. P	f. Desastres naturales	<input type="checkbox"/> 6 Pase a cap. P	f. Desastres naturales	<input type="checkbox"/> 6 Pase a cap. P
g. Conformación de un nuevo hogar	<input type="checkbox"/> 7 Pase a cap. P	g. Conformación de un nuevo hogar	<input type="checkbox"/> 7 Pase a cap. P	g. Conformación de un nuevo hogar	<input type="checkbox"/> 7 Pase a cap. P	g. Conformación de un nuevo hogar	<input type="checkbox"/> 7 Pase a cap. P
h. Acompañar a otros miembros del hogar	<input type="checkbox"/> 8 Pase a cap. P	h. Acompañar a otros miembros del hogar	<input type="checkbox"/> 8 Pase a cap. P	h. Acompañar a otros miembros del hogar	<input type="checkbox"/> 8 Pase a cap. P	h. Acompañar a otros miembros del hogar	<input type="checkbox"/> 8 Pase a cap. P
i. Motivos culturales asociados a grupos étnicos	<input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. P	i. Motivos culturales asociados a grupos étnicos	<input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. P	i. Motivos culturales asociados a grupos étnicos	<input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. P	i. Motivos culturales asociados a grupos étnicos	<input type="checkbox"/> 9 Pase a cap. P
j. Adquisición de vivienda propia	<input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. P	j. Adquisición de vivienda propia	<input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. P	j. Adquisición de vivienda propia	<input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. P	j. Adquisición de vivienda propia	<input type="checkbox"/> 10 Pase a cap. P
k. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 12 Pase a cap. P	k. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 12 Pase a cap. P	k. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 12 Pase a cap. P	k. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 12 Pase a cap. P

14

**Observaciones:**

**P. MÓDULO TIPO DE IDENTIFICACIÓN (PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR)**

<b>Tipo de identificación:</b>	1	a. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pase a 2	a. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pase a 2
		b. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pase a 2	b. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pase a 2
		c. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pase a 2	c. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pase a 2
		d. Pasaporte <input type="checkbox"/> Pase a 2	d. Pasaporte <input type="checkbox"/> Pase a 2
		e. Registro civil <input type="checkbox"/> Pase a 2	e. Registro civil <input type="checkbox"/> Pase a 2
		f. Otro. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Pase a 2	f. Otro. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Pase a 2
		g. No tiene _____ <input type="checkbox"/> Pase a 3	g. No tiene _____ <input type="checkbox"/> Pase a 3
<b>Número de identificación:</b>	2		
<b>Número telefónico de contacto:</b>  Sólo para personas de 10 años y más	3	Teléfono fijo: <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo: <input type="checkbox"/>
		Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	
		Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	
		Teléfono celular: <input type="checkbox"/>	
		Teléfono celular: <input type="checkbox"/>	
		Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	
		Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	
<b>Si la persona tiene menos de 18 años, termine la encuesta ahora. Si la persona es mayor de 18 años, realice las siguientes preguntas.</b>			
<b>LEER: "A continuación se harán dos preguntas para que usted las lea directamente. Por favor, nombre la letra que corresponde a su opción de respuesta. Le informo que sus respuestas serán confidenciales y usadas solo con fines estadísticos."</b>			
<b>Una vez leída la anterior introducción, muestre la tarjeta para que la persona la lea mentalmente e indique una única opción de respuesta. Lea la pregunta únicamente si la persona no puede leer o ver de lejos. En caso de no tener tarjetas, por favor, entregue el DMC para que la fuente marque la respuesta, para las preguntas referenciadas a continuación:</b>			
<b>¿Usted siente atracción sexual o romántica por?</b>	4	a. Hombres <input type="checkbox"/>	a. Hombres <input type="checkbox"/>
		b. Mujeres <input type="checkbox"/>	b. Mujeres <input type="checkbox"/>
		c. Ambos sexos <input type="checkbox"/>	c. Ambos sexos <input type="checkbox"/>
		d. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>	d. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>
<b>¿Usted se reconoce como?</b>	4A	a. Hombre <input type="checkbox"/>	a. Hombre <input type="checkbox"/>
		b. Mujer <input type="checkbox"/>	b. Mujer <input type="checkbox"/>
		c. Hombre trans <input type="checkbox"/>	c. Hombre trans <input type="checkbox"/>
		d. Mujer trans <input type="checkbox"/>	d. Mujer trans <input type="checkbox"/>
		e. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>	e. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>
<b>Si el sexo asignado al nacer difiere del género diligenciado en la última pregunta. Por favor, confirme que la última respuesta es correcta.</b>			

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pase a 2	a. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pase a 2	a. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pase a 2	a. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pase a 2	1
b. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pase a 2	b. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pase a 2	b. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pase a 2	b. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pase a 2	
c. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pase a 2	c. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pase a 2	c. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pase a 2	c. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pase a 2	
d. Pasaporte <input type="checkbox"/> Pase a 2				
e. Registro civil <input type="checkbox"/> Pase a 2	e. Registro civil <input type="checkbox"/> Pase a 2	e. Registro civil <input type="checkbox"/> Pase a 2	e. Registro civil <input type="checkbox"/> Pase a 2	
f. Otro. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Pase a 2	f. Otro. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Pase a 2	f. Otro. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Pase a 2	f. Otro. ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Pase a 2	
g. No tiene _____ <input type="checkbox"/> Pase a 3	g. No tiene _____ <input type="checkbox"/> Pase a 3	g. No tiene _____ <input type="checkbox"/> Pase a 3	g. No tiene _____ <input type="checkbox"/> Pase a 3	
_____	_____	_____	_____	2
Teléfono fijo: <input type="checkbox"/>	3			
Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	
Teléfono celular: <input type="checkbox"/>				
Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	Pase a 4 si tiene 18 años o más, si es menor termine.	

**Si la persona tiene menos de 18 años, termine la encuesta ahora. Si la persona es mayor de 18 años, realice las siguientes preguntas.**

**LEER: "A continuación se harán dos preguntas para que usted las lea directamente. Por favor, nombre la letra que corresponde a su opción de respuesta. Le informo que sus respuestas serán confidenciales y usadas solo con fines estadísticos."**

**Una vez leída la anterior introducción, muestre la tarjeta para que la persona la lea mentalmente e indique una única opción de respuesta. Lea la pregunta únicamente si la persona no puede leer o ver de lejos. En caso de no tener tarjetas, por favor, entregue el DMC para que la fuente marque la respuesta, para las preguntas referenciadas a continuación:**

a. Hombres <input type="checkbox"/>	4			
b. Mujeres <input type="checkbox"/>				
c. Ambos sexos <input type="checkbox"/>				
d. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>				
a. Hombre <input type="checkbox"/>	4A			
b. Mujer <input type="checkbox"/>				
c. Hombre trans <input type="checkbox"/>				
d. Mujer trans <input type="checkbox"/>				
e. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Termine la encuesta	e. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Termine la encuesta	e. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Termine la encuesta	e. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Termine la encuesta	

**Si el sexo asignado al nacer difiere del género diligenciado en la última pregunta. Por favor, confirme que la última respuesta es correcta.**

<b>Observaciones:</b> _____
_____

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

Educación	<input type="checkbox"/>							
Fuerza de trabajo	<input type="checkbox"/>							
<b>03</b>		<b>04</b>		<b>05</b>		<b>06</b>		
_____		_____		_____		_____		
_____		_____		_____		_____		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1

**Observaciones:** \_\_\_\_\_



@DANE\_Colombia

/DANEColombia

/DANEColombia

@DANE Colombia

Diseño, diagramación e impresión  
GIT Taller de Ediciones

Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística  
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística

2022