

ARD-434/FORMHOGAR/JULIO\_25 1

11. ENTREVISTADOR(A): Revise pregunta 10 y 11 en las dos marcó "No"

Sí 1 ☐

TERMINE

No 2 ☐

I.A. DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL HOGAR

101	Región:	_ _ _	
102	Departamento:	_ _ _ _	
103	Municipio:	_ _ _ _ _ Código DANE: _ _ _ _ _	
104	Zona:	Cabecera Municipal 1 <input type="checkbox"/>	Centro Poblado 2 <input type="checkbox"/> Rural Disperso 3 <input type="checkbox"/>
105	Nombre del barrio o vereda	No aplica 1 <input type="checkbox"/>	
106	Nombre de la comuna o localidad. ENTREVISTADOR(A): Solo preguntar cuando pregunta 104 es igual a 1		
107	Sector:	_ _ _ _ _	
108	Sección:	_ _ _	
109	Manzana:	_ _ _	
110	Segmento:	_ _ _ _ _	
111	Vivienda:	_ _ _	

I.B. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR

112	¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda?	_ _ _	
113	Número de hogar que entrevista	_ _ _ de _ _ _	
114	Dirección:		
115	¿Cuál es el estrato que aparece en la cuenta del servicio de energía eléctrica de la vivienda que usted habita?		
	Estrato uno 1 <input type="checkbox"/> Estrato dos 2 <input type="checkbox"/> Estrato tres 3 <input type="checkbox"/> Estrato cuatro 4 <input type="checkbox"/> Estrato cinco 5 <input type="checkbox"/> Estrato seis 6 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde 1 <input type="checkbox"/>		
116	Teléfono fijo de la vivienda en funcionamiento:	_ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ No tiene 1 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde 2 <input type="checkbox"/>	
117	Teléfono celular de alguno de los miembros del hogar	_ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ No tiene 1 <input type="checkbox"/>	
118	Correo electrónico:	No tiene 1 <input type="checkbox"/>	
119	¿Cuántas personas son miembros de este hogar?	_ _ _	

II. LISTADO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

No. de orden	201	202	203	204	205	206	207
	<div>¿Quién responde este módulo?</div>	<div>Nombres y Apellidos</div>	<div>¿Cuál es la fecha de nacimiento y edad en años cumplidos de _____?</div> <div>ENTREVISTADOR(A): Si es menor de 1 año registre 0.</div>	<div>¿Cuál es el parentesco de _____ con el jefe o jefa del hogar?</div> <div>1= Jefe de hogar 2= Conyuge / compañero (a) 3= Hijo (a) 4= Nuera / Yerno 5= Nieto (a) 6= Padre / Madre 7= Sogro (a) 8= Hermano (a) 9= Cuñado (a) 10= Hijo (a) no biológica 11= Otro familiar 12= No pariente 13= Empleada doméstica</div>	<div>¿Cuál es el sexo de _____?</div> <div>Hombre 1 Mujer 2</div>	<div>¿Cuál es el estado civil actual de _____?</div> <div>1= Casado (a) 2= Unión Libre 3= Divorciado (a) 4= Separado (a) 5= Viudo (a) 6= Soltero (a)</div>	<div>¿A cuál régimen de salud está afiliado _____?</div> <div>1= Contributivo 2= Subsidiado 3= Excepcional (Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Magisterio y ECOPELROL) 4= Especial (Universidades, Ferrocarriles y las de Medellín) 5= No asegurado → 210</div>
1	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
2	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
3	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
4	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
5	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
6	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
7	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
8	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
9	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
10	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
11	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>
12	<input type="checkbox"/>		<div>a. Día ____ Mes ____ Año ____ b. Edad ____</div>	<div>____</div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></div>	<div>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></div>

ARD-434/FORMHOGAR/JULIO\_25

3

200	208	209	210	211	212	213	214	215
No. de orden	¿Qué entidad de salud atiende a _____? 1= EPS 2= Fuerzas Militares, Policía Nacional 3= ECOPEL 4= Magisterio 5= Otra entidad 6= No sabe → 210	¿Cuál es el nombre de la entidad en salud en la cual _____ se encuentra afiliado?	¿_____ se considera víctima por desplazamiento forzoso? (Por conflicto armado)	a. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por _____? 1. Ninguno → 212 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Técnico o tecnológica 6. Universitaria 7. Posgrado 8. No sabe → 212 no responde → 212	¿_____ trabaja _____? ¿_____ aporta dinero al hogar?	¿Con cuál de los siguientes grupos étnicos se identifica _____? 1= Indígena 2= ROM (Gitano) 3= Raíz del archipiélago de San Andrés y Providencia 4= Palenquero de San Basilio 5= Negro(a), Mulato(a), Otro 6= Blanco 7= Mestizo 8= Otras Etnias 9= No definido 10= No sabe	¿ENTREVISTAD OR(A): Esta pregunta es solo para personas mayores de 10 años ¿Actualmente se encuentra usted en embarazo?	Persona seleccionada para responder Módulo 2= 12 a 79 Módulo 3= Niños 1. 3, 5 años
1	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
2	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
3	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
4	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
5	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
6	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
7	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
8	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
9	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
10	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
11	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3
12	1 2 3 4 5 6		Si 1 No 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8	Si 1 No 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si 1 No 2	2 3

III. INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR (VIVIENDA)

301	¿El principal aportante económico es miembro de este hogar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 303		
302	¿Quién es? Encuestador: revise matriz del hogar y transcriba nombre y número de orden	Nombre		
	Por favor dígame los siguientes datos de esta persona.	No. de orden en la matriz:	→ 304	
303	a. Nombre:			
	b. Edad:			
	c. Parentesco con el jefe del hogar:	<div><div><div><div>2= Conyuge / compañero (a)</div><div>3= Hijo (a)</div><div>4= Nuera / Yerno</div><div>5= Nieto (a)</div><div>6= Padre / Madre</div><div>7= Suegro (a)</div><div>1= Indígena</div><div>2= ROM (Gitano)</div><div>3= Reizai del archipiélago de San Andrés y Providencia</div><div>4= Palenquero de San Basilio</div><div>5= Negro(a), Mulato(a), Afro colombiano(a) o Afro Descendiente</div><div>1= Contributivo</div><div>2= Subsidiado</div><div>3= Excepcional</div><div>1. Ninguno → 304</div><div>2. Preescolar</div><div>3. Primaria</div><div>4. Secundaria</div></div><div><div>8= Hermano (a)</div><div>9= Cuñado (a)</div><div>10= Hijo (a) no biológica</div><div>11= Otro familiar</div><div>12= No pariente</div><div>13= Empleado doméstica</div><div>6= Blanco</div><div>7= Mestizo</div><div>8= Otras etnias</div><div>9= No definido</div><div>10= No sabe</div><div>4= Especial</div><div>5= No asegurado</div><div>6= No sabe</div><div>5. Técnico o tecnológica</div><div>6. Universitaria</div><div>7. Posgrado</div><div>8. No sabe no responde → 304</div></div></div></div>	<div><div><div><div></div><div></div><div></div></div></div></div>	
	d. ¿Con cuál de los siguientes grupos étnicos se identifica <u>Nombre del principal aportante económico del hogar?</u>			
	e. ¿A cuál régimen de salud está afiliado?			
	f. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por <u>Nombre del principal aportante económico del hogar?</u>			
g. Último grado o año aprobado en ese nivel		0 <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"/>		
304	¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del hogar?	Menos de medio SMLV (\$294.750)		
		Entre medio y 1 SMLV (\$294.751 - \$589.500)		
		Más de 1 y menos de 2 SMLV (\$589.501 - \$1.179.000)		
		Más de 2 y menos de 3 SMLV (\$1.179.001 - \$1.768.500)		
		Más de 3 y menos de 4 SMLV (\$1.768.501 - \$2.358.000)		
305	En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia faltó dinero en el hogar para comprar alimentos? Encuestador: Leer opciones de respuesta	Más de 4 SMLV (\$2.358.001 o más)		
		Nunca		
		Casi nunca		
		Casi siempre		

		Siempre	4 <input type="checkbox"/>
306	¿La vivienda ocupada por este hogar es? <i>Leer opciones de respuesta</i>	Propia totalmente pagada	1 <input type="checkbox"/>
		Propia la están pagando	2 <input type="checkbox"/>
		Alquilada, arrendada o subarriendo	3 <input type="checkbox"/>
		Poseción sin título, Ocupante de hecho	4 <input type="checkbox"/>
		En usufructo (Poseción sin título)	5 <input type="checkbox"/>
		Otra, Especifique _____	6 <input type="checkbox"/>
307	¿El tipo de vivienda en que usted habita es? <i>Leer opciones de respuesta</i>	Casa	1 <input type="checkbox"/>
		Apartamento	2 <input type="checkbox"/>
		Rancho campesino	3 <input type="checkbox"/>
		Vivienda improvisada	4 <input type="checkbox"/>
		Rancho urbano	5 <input type="checkbox"/>
		Vivienda colectiva	6 <input type="checkbox"/>
308	¿Cuántos cuartos se usan en este hogar, como habitaciones para dormir (no contar baño y cocina)?	Otro tipo de vivienda	7 <input type="checkbox"/>
		_____   _____   _____	
309	¿En su vivienda el abastecimiento de agua es a través de? <i>Esperere respuesta</i>	Acueducto con suministro continuo	1 <input type="checkbox"/>
		Acueducto con suministro intermitente	2 <input type="checkbox"/>
		Pozo con bomba	3 <input type="checkbox"/>
		Pozo sin bomba, jagüey, aljibe, barreno	4 <input type="checkbox"/>
		Agua lluvia	5 <input type="checkbox"/>
		Pila pública	6 <input type="checkbox"/>
		Carro tanque	7 <input type="checkbox"/>
		Aguatero	8 <input type="checkbox"/>
		Río, quebrada, manantial, nacimiento	9 <input type="checkbox"/>