

**II ENCUESTA DIRIGIDA A LA
POBLACIÓN VENEZOLANA QUE
RESIDE EN EL PAÍS**

II ENPOVE 2022

DICCIONARIO DE VARIABLES

ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN VENEZOLANA QUE RESIDE EN EL PAÍS

DIRECCIÓN NACIONAL DE CENSOS Y ENCUESTAS
ÁREA DE CNSITENCIA - II ENPOVE 2022

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
1	CIUDADES_DE_ESTUDIO	CIUDADES DE ESTUDIO		AN			
2	CONGLOMERADO	CONGLOMERADO Nº		AN	5		Según Marco Muestreo
3	NRO_SEGMENTO	SEGMENTO		AN			
4	ESTRATO	ESTRATO	1.Bajo 2.Medio bajo 3.Medio 4.Medio alto 5.Alto	N	1		
5	CONO	CONO		AN			Según Marco Muestreo
6	factorfinal	FACTOR DE EXPANSIÓN		N	19	14	
7	PERIODO	PERIODO		N			
8	NSELV	NUMERO DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA		AN	3		Según Marco Muestreo
UBICACIÓN GEOGRÁFICA							
9	UBIGEO	UBIGEO		AN	6		(0:9)
10	DEPARTAMENTO	NOMBRE DEL DEPARTAMENTO		AN	50		(A:Z)
11	PROVINCIA	NOMBRE DE LA PROVINCIA		AN	50		(A:Z)
12	DISTRITO	NOMBRE DEL DISTRITO		AN	50		(A:Z)
13	CODCCPP	CODIGO CENTRO POBLADO		AN	4		Según Marco Muestral
14	NOMCCPP	NOMBRE CENTRO POBLADO		AN	100		(A:Z):(0:9)
UBICACIÓN MUESTRAL							
14	ZONA	ZONA Nº		AN	5		(00100:15000)
15	MANZANA	MANZANA Nº		AN	4		(001:100) (A:Z)
16	VIVIENDA	Nº DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA		AN	3		(001:100)
9. HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA							
32	NHOGAR	NUMERO DE ORDEN HOGAR		N	2		(1: 20)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
13. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA							
67	RESFIN	RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA HOGAR	1.Completa 2.Incompleta 3.Rechazo 4.Ausente 5.Vivienda desocupada 6.No se inició la entrevista 7.Nunca vivió alguna persona venezolana en la vivienda 8.La persona venezolana se mudó de la vivienda 9.Otro	N	1		(1:9)
68	RESFIN_O	RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA HOGAR	(Especifique)	AN	50		(0:9),(A:Z)
69	VRESFIN	RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA VIVIENDA	1.Completa 2.Incompleta 3.Rechazo 4.Ausente 5.Vivienda desocupada 6.No se inició la entrevista 7.Nunca vivió alguna persona venezolana en la vivienda 8.La persona venezolana se mudó de la vivienda 9.Otro	N	1		(1:9)
70	VRESFIN_O	RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA VIVIENDA	(Especifique)	AN	50		(0:9),(A:Z)
14. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA INFORMACIÓN DE RESIDENTES							
79	P15	15. EN ESTE HOGAR, ¿VIVE ALGUNA PERSONA QUE LLEGÓ DE VENEZUELA?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
80	P15_N	15. EN ESTE HOGAR, ¿VIVE ALGUNA PERSONA QUE LLEGÓ DE VENEZUELA?	Nº de personas	N	2		(1:30)
86	P21	21. LA VIVIENDA SELECCIONADA ES PARTE DE UN:	1.Hotel, hostel 2.Albergue 3.Vivienda particular 4.Otro establecimiento	N	1		(1:3)
87	P21_O	21. LA VIVIENDA SELECCIONADA ES PARTE DE UN:	(Especifique)	A	50		(A:Z)
88	OBS	OBSERVACIONES CARATULA		AN	2000		(0:9),(A:Z)
CAPÍTULO I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR							
DATOS DE LA VIVIENDA							
89	P101	101. TIPO DE VIVIENDA:	1.Casa independiente 2.Departamento en edificio 3.Vivienda en quinta 4.Vivienda en casa de vecindad (callejón, solar o corralón) 5.Choza o cabaña 6.Vivienda improvisada 7.Local no destinado para habitación humana 8.Otro	N	1		(1:8)
90	P101_O	101. TIPO DE VIVIENDA:	(Especifique)	A	50		(A:Z)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
91	P102	102. ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES ES:	1.Ladrillo o bloque de cemento? 2.Piedra, sillar con cal o cemento? 3.Adobe? 4.Tapia? 5.Quincha (caña con barro)? 6.Piedra con barro? 7.Madera (pona, tornillo, etc.)? 8.Triplay/calamina/estera? 9.Otro material?	N	1		(1:9)
92	P102_O	102. ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES ES:	(Especifique)	A	50		(A:Z)
93	P103	103. ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LOS TECHOS ES:	1.Concreto armado? 2.Madera 3.Tejas? 4.Planchas de calamina, fibra de cemento o similares? 5.Caña o estera con torta de barro o cemento? 6.Triplay/estera/carrizo? 7.Paja, hojas de palmera, etc.? 8.Otro material?	N	1		(1:8)
94	P103_O	103. ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LOS TECHOS ES:	(Especifique)	A	50		(A:Z)
95	P104	104. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS ES:	1.Parquet o madera pulida? 2.Láminas asfálticas, vinílicos o similares? 3.Losetas, terrazos o similares? 4.Madera (pona, tornillo, etc.)? 5.Cemento? 6.Tierra? 7.Otro material?	N	1		(1:7)
96	P104_O	104. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS ES:	(Especifique)	A	50		(A:Z)
97	P105	105. ¿CUÁNTAS HABITACIONES EN TOTAL TIENE LA VIVIENDA, SIN CONTAR EL BAÑO, LA COCINA, LOS PASADIZOS Y GARAGE?	Nº de habitaciones:	N	2		(1:98)
98	P106	106. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SE USAN EXCLUSIVAMENTE PARA DORMIR?	Nº de habitaciones exclusivas para dormir:	N	2		(0:98)
DATOS DEL HOGAR							
99	P107	107. LA VIVIENDA QUE OCUPA ES:	1.¿Alquilada? 2.¿Propia, totalmente pagada? 3.¿Propia, por invasión? 4.¿Propia, comprándola a plazos? 5.¿Cedida por otro hogar? 6.¿Cedida por el centro de trabajo? 7.¿Cedida por otra institución? 8.¿Otra?	N	1		(1:8)
100	P107_O	107. LA VIVIENDA QUE OCUPA ES:	(Especifique)	A	50		(A:Z)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
101	P108_1	108A. EL AGUA QUE UTILIZAN EN EL HOGAR ¿PROCEDE PRINCIPALMENTE DE:	1.Red pública, dentro de la vivienda? 2.Red pública, fuera de la vivienda, pero dentro de edificio? 3.Pilón o pileta de uso público? 4.Camión-cisterna u otro similar? 5.Otra?	N	1		(1:5)
102	P108_1_O	108A. EL AGUA QUE UTILIZAN EN EL HOGAR ¿PROCEDE PRINCIPALMENTE DE:	(Especifique)	A	50		(A:Z)
103	P108_2	108B. EL BAÑO O SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE SU HOGAR ¿ESTA CONECTADO A:	1.Red pública de desagüe dentro de la vivienda? 2.Red pública de desagüe fuera de la vivienda, pero dentro del edificio? 3.Letrina (con tratamiento)? 4.Pozo séptico, tanque séptico o biodigestor? 5.Otra?	N	1		(1:5)
104	P108_2_O	108B. EL BAÑO O SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE SU HOGAR ¿ESTA CONECTADO A:	(Especifique)	A	50		(A:Z)
105	P108_3	108C. ¿CUÁL ES EL TIPO DE ALUMBRADO QUE TIENE SU HOGAR:	1.Electricidad? 2.Petróleo / gas (lámpara)? 3.Vela? 4.Generador? 5.Otro? 6.NO UTILIZA	N	1		(1:6)
106	P108_3_O	108C. ¿CUÁL ES EL TIPO DE ALUMBRADO QUE TIENE SU HOGAR:	(Especifique)	A	50		(A:Z)
107	P108_4	108D. ¿SU HOGAR CUENTA CON SERVICIO DE INTERNET?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
108	P109	109. EN SU HOGAR, ¿LA ENERGÍA O COMBUSTIBLE QUE UTILIZA PARA COCINAR LOS ALIMENTOS ES:	1.Electricidad? 2.Gas (balón GLP)? 3.Gas natural (Sistema de tuberías)? 4.Otro? 5.NO COCINAN	N	1		(1:5)
109	P109_O	109. EN SU HOGAR, ¿LA ENERGÍA O COMBUSTIBLE QUE UTILIZA PARA COCINAR LOS ALIMENTOS ES:	(Especifique)	A	50		(A:Z)
110	P110_1	110. SU HOGAR TIENE: 1. ¿Televisor a color?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
111	P110_2	110. SU HOGAR TIENE: 2. ¿Cocina a gas?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
112	P110_3	110. SU HOGAR TIENE: 3. ¿Licuadora?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
113	P110_4	110. SU HOGAR TIENE: 4. ¿Plancha eléctrica?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
114	P110_5	110. SU HOGAR TIENE: 5. ¿Computadora / laptop / tableta?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
115	P110_6	110. SU HOGAR TIENE: 6. ¿Teléfono celular?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
116	P110_7	110. SU HOGAR TIENE: 7. ¿Teléfono fijo?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
117	P110_8	110. SU HOGAR TIENE: 8. ¿Radio?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
118	P110_9	110. SU HOGAR TIENE: 9. ¿Refrigeradora/congeladora?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
119	P110_10	110. SU HOGAR TIENE: 10. ¿Lavadora de ropa?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
120	P110_11	110. SU HOGAR TIENE: 11. ¿Otro?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
121	P110_11_O	110. SU HOGAR TIENE: 11. ¿Otro?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
122	P110_12	110. SU HOGAR TIENE: 12. ¿Otro?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
123	P110_12_O	110. SU HOGAR TIENE: 12. ¿Otro?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
124	P110_13	110. SU HOGAR TIENE: 13. ¿Otro?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
125	P110_13_O	110. SU HOGAR TIENE: 13. ¿Otro?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
126	P111	111. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE A ¿HAN TENIDO QUE CAMBIAR DE VIVIENDA?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
127	P111A	111A. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE A ¿HAN TENIDO QUE CAMBIAR DE VIVIENDA? ¿Cuántas veces?		N	2		(1:98)
ESCALA DE EXPERIENCIA EN INSEGURIDAD ALIMENTARIA							
128	P112_1	112. EN EL MES ANTERIOR DE.....¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS AÑOS DE EDAD) DE SU HOGAR, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES: 1. Se han sentido muy preocupados por no tener suficientes alimentos para comer?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
129	P112_2	112. EN EL MES ANTERIOR DE.....¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS AÑOS DE EDAD) DE SU HOGAR, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES: 2. Pudieron comer alimentos saludables y nutritivos o de su preferencia?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
130	P112_3	112. EN EL MES ANTERIOR DE.....¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS AÑOS DE EDAD) DE SU HOGAR, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES: 3. Comió solo unos pocos tipos de alimentos?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
131	P112_4	112. EN EL MES ANTERIOR DE.....¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS AÑOS DE EDAD) DE SU HOGAR, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES: 4. Tuvo que saltarse una comida por falta de alimentos?	1.Sí.2.No	N	1		(1:2)
132	P112_5	112. EN EL MES ANTERIOR DE.....¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS AÑOS DE EDAD) DE SU HOGAR, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES: 5. Comió menos de lo que pensaba que debería/n comer?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
133	P112_6	112. EN EL MES ANTERIOR DE.....¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS AÑOS DE EDAD) DE SU HOGAR, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES: 6. Su hogar se quedó sin alimentos?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
134	P112_7	112. EN EL MES ANTERIOR DE.....¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS AÑOS DE EDAD) DE SU HOGAR, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES: 7. Tenía hambre, pero no comía por no tener suficiente dinero para alimentarse?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
135	P112_8	112. EN EL MES ANTERIOR DE.....¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS AÑOS DE EDAD) DE SU HOGAR, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES: 8. Estuvo sin comer durante un día entero?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
CAPÍTULO II. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR							
138	P200_N	201. N° DE ORDEN		N	2		(1:30)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
141	P203	203. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL/LA JEFE/A DEL HOGAR?	1.Jefe/a del hogar 2.Espos/a o compañero/a 3.Hijo/a o hijastro/a 4.Yerno/nuera 5.Nieto/a 6.Padres/suegros 7.Hermano/a 8.Otro pariente 9.Trabajador/a del hogar 10.Pensionista 11.Otro no pariente	N	2		(1:11)
142	P204	P204. SEXO	1.Hombre 2.Mujer	N	1		(1:2)
143	P205_A	P205. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS? AÑOS		N	2		(1:98)
144	P205_B	P205. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS? MESES		N	2		(0:11)
PARA 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD							
145	P206	P206. ACTUALMENTE, ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL?	1.Conviviente 2.Casado/a 3.Viudo/a 4.Divorciado/a 5.Separado o Ex conviviente 6.Soltero/a	N	1		(1:6)
PARA 14 AÑOS Y MÁS DE EDAD							
146	P207_1	P207. ¿CUÁL ES SU NÚMERO DE CELULAR? COD.	1.El N° es2.No quiso dar N°3.No tiene4.No Sabe	N	1		(1:4)
147	P207_2	P207. ¿CUÁL EL SU NÚMERO DE CELULAR? N° CELULAR		AN	15		(0:9),(*),(#)
PARA TODAS LAS PERSONAS							
148	P208	P208. ¿MIGRÓ DE VENEZUELA?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
VERIFIQUE P208: SI MARCÓ CÓDIGO 1 (Si) Y LA PERSONA ES MENOR DE 18 AÑOS (DE 0 A 17 AÑOS) DILIGENCIE P209, P210 Y 9211, SEGÚN CORRESPONDA							
149	P209	209. ¿EN ESTE HOGAR VIVE SU PADRE?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
150	P209_N	209. ¿EN ESTE HOGAR VIVE SU PADRE? N° DE ORDEN		N	2		(1:30)
151	P209_1	209. ¿EN ESTE HOGAR VIVE SU PADRE? ¿EN QUÉ PAÍS VIVE?	1.Perú 2.Venezuela 3.Otro país 4.Falleció/No sabe	N	1		(1:4)
152	P210	210. ¿EN ESTE HOGAR VIVE SU MADRE?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
153	P210_N	210. ¿EN ESTE HOGAR VIVE SU MADRE? N° DE ORDEN		N	2		(1:30)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
154	P210_1	210. ¿EN ESTE HOGAR VIVE SU MADRE? ¿EN QUÉ PAÍS VIVE?	1.Perú 2.Venezuela 3.Otro país 4.Falleció/No sabe	N	1		(1:4)
SOLO SI EN P209 Y P210 MARCÓ CÓDIGO 2(NO), EN AMBAS PREGUNTAS							
155	P211_N	211. ¿QUÉ PERSONA DEL HOGAR ES RESPONSABLE DE SU CUIDADO? N° DE ORDEN		N	2		(1:30)
157	P211_1	211. ¿QUÉ PERSONA DEL HOGAR ES RESPONSABLE DE SU CUIDADO? ¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE CON EL MENOR?	1.Hermano 2.Abuelo/a 3.Tío/a 4.Otro	N	1		(1:4)
158	P211_1_O	211. ¿QUÉ PERSONA DEL HOGAR ES RESPONSABLE DE SU CUIDADO? ¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE CON EL MENOR?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
CAPÍTULO III. SITUACIÓN MIGRATORIA (Para todas las personas)							
161	P301_D	301. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACÍO? DÍA		N	2		(1:31)
162	P301_M	301. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACÍO? MES		N	2		(1:12)
163	P301_A	301. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACÍO? AÑO		N	4		(1910:2022)
164	P302	302. ¿CUÁL ES SU PAÍS DE NACIMIENTO? - Código		A	2		(A:Z)
165	P302_O	302. ¿CUÁL ES SU PAÍS DE NACIMIENTO? - País		A	50		(A:Z)
166	P303_MES	303. ¿EN QUÉ MES Y AÑO INGRESÓ A PERÚ POR ÚLTIMA VEZ? MES		N	2		(1:12)
167	P303_ANIO	303. ¿EN QUÉ MES Y AÑO INGRESÓ A PERÚ POR ÚLTIMA VEZ? AÑO		N	4		(1910:2022)
168	P304	304. ¿POR QUÉ CIUDAD INGRESÓ A PERÚ LA ÚLTIMA VEZ?	1.Tumbes 2.Tacna 3.Iñapari (Madre de Dios) 4.Lima Aeropuerto 5.Otro lugar	N	1		(1:5)
169	P304_O	304. ¿POR QUÉ CIUDAD INGRESÓ A PERÚ LA ÚLTIMA VEZ?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
170	P305	305. LA ÚLTIMA VEZ QUE INGRESÓ A PERÚ, ¿REGISTRÓ SU ENTRADA EN UN PUESTO DE CONTROL MIGRATORIO?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
171	P306_1	306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED? 1. Cédula de identidad vigente	1.Cédula de identidad vigente	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
172	P306_2	306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED? 2. Cédula de identidad vencida	2.Cédula de identidad vencida	N	1		(0:1)
173	P306_3	306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED? 3. Pasaporte vigente	3.Pasaporte vigente	N	1		(0:1)
174	P306_4	306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED? 4. Pasaporte vencido	4.Pasaporte vencido	N	1		(0:1)
175	P306_5	306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED? 5. Certificado o partida de nacimiento	5.Certificado o partida de nacimiento	N	1		(0:1)
176	P306_6	306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED? 6. Otro	6.Otro	N	1		(0:1)
177	P306_6_O	306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED? 6. Otro	(Especifique)	A	50		(A:Z)
178	P306_7	306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED? 7. NO TIENE NINGÚN DOCUMENTO	7.NO TIENE NINGÚN DOCUMENTO	N	1		(0:1)
179	P307	307. ¿ACTUALMENTE, QUÉ TIPO DE PERMISO MIGRATORIO TIENE PARA ESTAR EN PERÚ?	1.Carné de Permiso Temporal de Permanencia (CPP) 2.Carné de extranjería por calidad migratoria humanitaria (CMH) 3.Carné de extranjería por PTP 4.Carné de extranjería por vulnerabilidad 5.Carné de extranjería por familiar de residente 6.Carné de extranjería para trabajador 7.Carné de extranjería por refugiado 8.Otro tipo de carné de extranjería 9.Permiso Temporal de Permanencia (PTP) 10.Permiso Temporal de Permanencia (PTP) vencido 11.Visa humanitaria que no fue canjeada por carné de extranjería, pero fue prorrogada 12.Turista vigente 13.DNI 14.Otro tipo de permiso 15.NO CUENTA CON UN PERMISO MIGRATORIO	N	2		(1:15)
180	P307_O	307. ¿ACTUALMENTE, QUÉ TIPO DE PERMISO MIGRATORIO TIENE PARA ESTAR EN PERÚ? Especifique		AN	100		(A:Z)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
181	P307A	307A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO CUENTA CON PERMISO MIGRATORIO PARA ESTAR EN PERÚ?	1.No me enteré de que existían estas posibilidades2.No tengo documentación3.Tengo multa y no he podido cancelarla4.No tengo alternativas migratorias5.No tengo los medios electrónicos para ingresar a la Plataforma de Migraciones6.No tengo interés en tramitarlo/solicitarlo7.Otro	N	1		(1:7)
182	P307A_O	307A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO CUENTA CON PERMISO MIGRATORIO PARA ESTAR EN PERÚ? Especifique		AN	100		(A:Z)
183	P308	308. ¿USTED, HA SOLICITADO REFUGIO?	1. Sí, solicité refugio, decisión pendiente 2. Sí, solicité pero abandone mi solicitud 3. Sí, soy refugiado reconocido, con carné de extranjería 4. Sí, pero fue denegada 5. No solicité refugio	N	1		(1:5)
184	P309	309. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO HA SOLICITADO REFUGIO?	1. No tengo información/no sé qué es 2. No sé cómo hacerlo 3. Lo intenté, pero la plataforma no funciona 4. Lo intenté, pero no recibieron mi solicitud 5. Me dijeron que no era necesario 6. Problemas económicos 7. Lejanía de oficina migratoria 8. No he necesitado 9. Otro	N	1		(1:9)
185	P309_O	309. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO HA SOLICITADO REFUGIO?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
186	P309_1	¿ POR QUÉ MOTIVO?	1. Cuenta con Carné de Extranjería 2. Cuenta con DNI 3. Otro	N	1		(1:3)
187	P309_1_O	¿ POR QUÉ MOTIVO?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
188	P310_E	310. EN QUÉ ESTADO DE VENEZUELA VIVÍA PERMANENTEMENTE ANTES DE INICIAR SU VIAJE? Estado - Código:		N	2		(01:25)
189	P310_E_O	310. EN QUÉ ESTADO DE VENEZUELA VIVÍA PERMANENTEMENTE ANTES DE INICIAR SU VIAJE? Estado:		A	50		(A:Z)
190	P310_M	310. EN QUÉ ESTADO DE VENEZUELA VIVÍA PERMANENTEMENTE ANTES DE INICIAR SU VIAJE? Municipio - Código		N	2		(01:99)
191	P310_M_O	310. EN QUÉ ESTADO DE VENEZUELA VIVÍA PERMANENTEMENTE ANTES DE INICIAR SU VIAJE? Municipio:		A	50		(A:Z)
192	P311	311. USTED, ¿PIENSA QUEDARSE A VIVIR EN PERÚ?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
193	P312	312. DE NO QUEDARSE EN PERÚ, ¿A QUÉ PAÍS PIENSA CONTINUAR SU VIAJE?	1. Chile 2. Argentina 3. Otro país 4. Regresar a Venezuela	N	1		(1:4)
194	P312_O	312. DE NO QUEDARSE EN PERÚ, ¿A QUÉ PAÍS PIENSA CONTINUAR SU VIAJE?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
Para personas de 12 años y más edad							
195	P313	313. USTED, ¿DEJÓ EN VENEZUELA, PARTE DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR CON QUIENES VIVÍA?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
196	P313_N	313. USTED, ¿DEJÓ EN VENEZUELA, PARTE DE SU FAMILIA CON QUIENES VIVÍA? N° DE ORDEN		N	2		(1:10)
197	P313_1	313. USTED, ¿DEJÓ EN VENEZUELA, PARTE DE SU FAMILIA CON QUIENES VIVÍA? ¿A quiénes dejó en Venezuela?	1. Papá 2. Mamá 3. Esposo/a o compañero/a 4. Hijo/a o hijastro/a 5. Yerno/nuera 6. Nieto/a 7. Suegros 8. Hermano/a 9. Otro/a pariente	N	1		(1:9)
198	P313_2	313. USTED, ¿DEJÓ EN VENEZUELA, PARTE DE SU FAMILIA CON QUIENES VIVÍA? Sexo	1. Hombre 2. Mujer	N	1		(1:2)
199	P313_3	313. USTED, ¿DEJÓ EN VENEZUELA, PARTE DE SU FAMILIA CON QUIENES VIVÍA? Edad		N	2		(1:98)
200	P313_4	313. USTED, ¿DEJÓ EN VENEZUELA, PARTE DE SU FAMILIA CON QUIENES VIVÍA? ¿Piensa traer a sus familiares en los próximos 12 meses?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
CAPÍTULO IV. SALUD (Para todas las personas)							
203	P401_1	401. ¿EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD AL CUAL USTED ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE, ES: ESSALUD?	1.ESSALUD?	N	1		(0:1)
204	P401_2	401. ¿EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD AL CUAL USTED ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE, ES: Seguro Privado de Salud?	2.Seguro Privado de Salud?	N	1		(0:1)
205	P401_3	401. ¿EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD AL CUAL USTED ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE, ES: Seguro Integral de Salud – SIS?	3.Seguro Integral de Salud – SIS?	N	1		(0:1)
206	P401_4	401. ¿EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD AL CUAL USTED ESTÁ	4.Otro?	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
		AFILIADO ACTUALMENTE, ES: Otro?					
207	P401_4_O	401. ¿EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD AL CUAL USTED ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE, ES: Otro?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
208	P401_5	401. ¿EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD AL CUAL USTED ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE, ES: NO ESTÁ AFILIADO	5.NO ESTÁ AFILIADO	N	1		(0:1)
209	P402	402. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
210	P403_1	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 1. Artritis	1.Artritis	N	1		(0:1)
211	P403_2	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 2. Hipertensión	2.Hipertensión	N	1		(0:1)
212	P403_3	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 3. Asma	3.Asma	N	1		(0:1)
213	P403_4	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 4. Reumatismo	4.Reumatismo	N	1		(0:1)
214	P403_5	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 5. Diabetes	5.Diabetes	N	1		(0:1)
215	P403_6	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 6. Tuberculosis	6.Tuberculosis	N	1		(0:1)
216	P403_7	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 7. Colesterol	7.Colesterol	N	1		(0:1)
217	P403_8	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 8. Enfermedad pulmonar	8.Enfermedad pulmonar	N	1		(0:1)
218	P403_9	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 9. Cáncer	9.Cáncer	N	1		(0:1)
219	P403_10	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 10. Alteraciones de salud mental	10.Alteraciones de salud mental	N	1		(0:1)
220	P403_11	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 11. Enfermedad del corazón	11.Enfermedad del corazón	N	1		(0:1)
221	P403_12	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 12. VIH/SIDA	12.VIH/SIDA	N	1		(0:1)
222	P403_13	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 13. Otras infecciones de transmisión sexual	13.Otras infecciones de transmisión sexual	N	1		(0:1)
223	P403_14	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 14. Otro	14.Otro	N	1		(0:1)
224	P403_14_O	403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE? 14. Otro	(Especifique)	A	50		(A:Z)
225	P404	404. ¿RECIBE USTED TRATAMIENTO EN EL PERÚ PARA LA ENFERMEDAD O	1.Sí, con la frecuencia necesaria 2.Sí, pero no con la frecuencia necesaria 3.NO RECIBE TRATAMIENTO	N	1		(1:3)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
		MALESTAR CRÓNICO QUE PADECE?					
226	P405_1	405. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DELAL.....¿PRESENTÓ USTED ALGÚN/A: 1.Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.)?	1.Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.)?	N	1		(0:1)
227	P405_2	405. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DELAL.....¿PRESENTÓ USTED ALGÚN/A: 2.Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?	2.Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?	N	1		(0:1)
228	P405_3	405. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DELAL.....¿PRESENTÓ USTED ALGÚN/A: 3.Recaída de enfermedad crónica?	3.Recaída de enfermedad crónica?	N	1		(0:1)
229	P405_4	405. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DELAL.....¿PRESENTÓ USTED ALGÚN/A: 4.Accidente?	4.Accidente?	N	1		(0:1)
230	P405_5	405. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DELAL.....¿PRESENTÓ USTED ALGÚN/A: 5.Molestia o problema como: depresión, miedo, enojo, ansiedad, estrés, etc.?	5.Molestia o problema como: depresión, miedo, enojo, ansiedad, estrés, etc.?	N	1		(0:1)
231	P405_6	405. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DELAL.....¿PRESENTÓ USTED ALGÚN/A: 6.Embarazo	6.Embarazo	N	1		(0:1)
232	P405_7	405. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DELAL.....¿PRESENTÓ USTED ALGÚN/A: 7.NO TUVO ENFERMEDAD, SÍNTOMA, RECAÍDA, ACCIDENTE	7.NO TUVO ENFERMEDAD, SÍNTOMA, RECAÍDA, ACCIDENTE	N	1		(0:1)
233	P406_1	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 1. Centro de Salud MINSA	1.Centro de Salud MINSA	N	1		(0:1)
234	P406_2	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 2. Centro de atención ESSALUD	2.Centro de atención ESSALUD	N	1		(0:1)
235	P406_3	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 3. Consultorio particular	3.Consultorio particular	N	1		(0:1)
236	P406_4	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 4. Clínica particular	4.Clínica particular	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
237	P406_5	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 5. Farmacia o botica	5.Farmacia o botica	N	1		(0:1)
238	P406_6	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 6. Se automedicó	6.Se automedicó	N	1		(0:1)
239	P406_7	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 7. Otro	7.Otro	N	1		(0:1)
240	P406_7_O	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 7. Otro	(Especifique)	A	50		(A:Z)
241	P406_8	406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? 8. NO BUSCÓ ATENCIÓN	8.NO BUSCÓ ATENCIÓN	N	1		(0:1)
242	P407_1	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 1. No tuvo dinero	1.No tuvo dinero	N	1		(0:1)
243	P407_2	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 2. Se encuentra lejos	2.Se encuentra lejos	N	1		(0:1)
244	P407_3	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 3. Demora mucho en atender	3.Demora mucho en atender	N	1		(0:1)
245	P407_4	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 4. No confía en los médicos	4.No confía en los médicos	N	1		(0:1)
246	P407_5	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 5. No era tan grave/no fue necesario	5.No era tan grave/no fue necesario	N	1		(0:1)
247	P407_6	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 6. No tiene seguro	6.No tiene seguro	N	1		(0:1)
248	P407_7	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 7. Se automedicó, repitió receta anterior	7.Se automedicó, repitió receta anterior	N	1		(0:1)
249	P407_8	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 8. Falta de tiempo	8.Falta de tiempo	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
250	P407_9	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 9. Por maltrato de personal de salud	9.Por maltrato de personal de salud	N	1		(0:1)
251	P407_10	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 10. Por falta de documentos	10.Por falta de documentos	N	1		(0:1)
252	P407_11	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 11. Temor por su situación migratoria	11.Temor por su situación migratoria	N	1		(0:1)
253	P407_12	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 12. No confía en las prácticas de salud y parto	12.No confía en las prácticas de salud y parto	N	1		(0:1)
254	P407_13	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 13. Otro	13.Otro	N	1		(0:1)
255	P407_13_O	407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? 13. Otro	(Especifique)	A	50		(A:Z)
DISCAPACIDAD A continuación, le haré algunas preguntas para saber si Usted presenta alguna limitación o dificultad PERMANENTE, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.							
256	P408_1	408. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA: 1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1.Sí2.No	N	1		(1:2)
257	P408_2	408. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA: 2. Ver, aun usando anteojos?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
258	P408_3	408. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA: 3. Hablar o comunicarse, aun usando lenguaje de señas u otro?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
259	P408_4	408. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA: 4. Oír, aun usando audífonos?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
260	P408_5	408. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA: 5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
261	P408_6	408. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA: 6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
262	P409_N	409. ¿QUE PERSONA DEL HOGAR ES RESPONSABLE DE SU CUIDADO?: Nº ORDEN		N	2		(1:30)
264	P409_1	409. ¿QUE PERSONA DEL HOGAR ES RESPONSABLE DE SU CUIDADO?: ¿Qué relación de parentesco tiene con el responsable de su cuidado?	1. Padre/Madre 2. Esposo/a 3. Abuelo/a 4. Suegro/a 5. Tío/a 6. Otro	N	1		(1:6)
265	P409_O	409. ¿QUE PERSONA DEL HOGAR ES RESPONSABLE DE SU CUIDADO?: ¿Qué relación de parentesco tiene con el responsable de su cuidado?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
266	P409_2	SOY RESPONSABLE DE MI CUIDADO	SOY RESPONSABLE DE MI CUIDADO	N	1		(0:1)
COVID 19 Sr(a), ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos en relación a la COVID_19, para saber si padece o padeció de esta enfermedad y recibió atención para su recuperación.							
267	P410_A	410.A. ¿SE HA VACUNADO USTED CONTRA LA COVID-19?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
268	P410_B	410.B. ¿Qué número de dosis le aplicaron?	1. Primera dosis 2.Segunda dosis 3.Tercera dosis	N	1		(1:3)
269	P410	410. ¿USTED TUVO O TIENE LA COVID-19?	1. Si tiene 2. Si tuvo 3. No tiene 4. No sabe	N	1		(1:4)
270	P411	411. ¿LE REALIZARON ALGUNA PRUEBA PARA DESCARTAR LA COVID - 19?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
271	P412	412. ¿USTED RECIBIÓ ATENCIÓN POR LA COVID - 19?	1. Si, consulta en Centro de Salud MINSA/Centro de atención ESSALUD 2. Si, consulta en consultorio particular o clínica particular 3. Sí, me hospitalicé 4. No fue necesario consulta ni hospitalización 5. Necesité, pero no recibí atención médica u hospitalización	N	1		(1:5)
Para niño/as menores de 5 años (0 a 4 años)							

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
271	P413_1	413. EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES DE..... A... ¿EL/LA NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS DE SU HOGAR 1. Tuvo control de crecimiento y desarrollo?	1.Sí2.No	N	1		(1:2)
272	P413_2	413. EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES DE..... A... ¿EL/LA NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS DE SU HOGAR 2. Recibió vacunas?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
273	P413_3	413. EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES DE..... A... ¿EL/LA NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS DE SU HOGAR 3. Recibió consejería (presencial o por teléfono o similar)?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
274	P413_4	413. EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES DE..... A... ¿EL/LA NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS DE SU HOGAR 4. Recibió suplemento de hierro?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
275	P413_5	413. EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES DE..... A... ¿EL/LA NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS DE SU HOGAR 5. NO HAY NIÑAS/OS MENORES DE 5 AÑOS	NO HAY NIÑAS/OS MENORES DE 5 AÑOS	N	1		(0:1)
Para mujeres de 12 a 49 años de edad							
276	P414	414. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, DE...A.....¿ESTUVO EMBARAZADA?	1. Sí 2. No 3. No hay mujeres de 12 a 49 años	N	1		(1:3)
277	P415	415. ¿TUVO ALGÚN CONTROL PRENATAL?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
278	P416_1	416. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR EL CONTROL PRE NATAL? 1. Centro de Salud MINSA	1.Centro de Salud MINSA	N	1		(0:1)
279	P416_2	416. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR EL CONTROL PRE NATAL? 2. Centro de atención ESSALUD	2.Centro de atención ESSALUD	N	1		(0:1)
280	P416_3	416. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR EL CONTROL PRE NATAL? 3. Consultorio particular	3.Consultorio particular	N	1		(0:1)
281	P416_4	416. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR EL CONTROL PRE NATAL? 4. Clínica particular	4.Clínica particular	N	1		(0:1)
282	P416_5	416. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR EL CONTROL PRE NATAL? 5. Otro	5.Otro	N	1		(0:1)
283	P416_5_O	416. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR EL CONTROL PRE NATAL? 5. Otro	(Especifique)	A	50		(A:Z)
284	P416_6	416. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR EL CONTROL PRE NATAL? 6. No sabe	6.No sabe	N	1		(0:1)
Para personas de 15 y más años de edad							

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
285	P417_1	417.¿HA TENIDO USTED O SU PAREJA ACCESO A: 1. Métodos anticonceptivos?	1.Sí 2.No 3.No conoce	N	1		(1:3)
286	P417_1_1	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 1. Esterilización femenina	1.Esterilización femenina	N	1		(0:1)
287	P417_1_2	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 2. Esterilización masculina (Vasectomía)	2.Esterilización masculina (Vasectomía)	N	1		(0:1)
288	P417_1_3	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 3. Píldora	3.Píldora	N	1		(0:1)
289	P417_1_4	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 4. Inyección	4.Inyección	N	1		(0:1)
290	P417_1_5	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 5. Implantes	5.Implantes	N	1		(0:1)
291	P417_1_6	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 6. Condón	6.Condón	N	1		(0:1)
292	P417_1_7	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 7. Condón femenino	7.Condón femenino	N	1		(0:1)
293	P417_1_8	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 8. Espumas, jaleas, óvulos (vaginales)	8.Espumas, jaleas, óvulos (vaginales)	N	1		(0:1)
294	P417_1_9	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 9. Lactancia exclusiva (MELA)	9.Lactancia exclusiva (MELA)	N	1		(0:1)
295	P417_1_10	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 10. Abstinencia periódica	10.Abstinencia periódica	N	1		(0:1)
296	P417_1_11	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 11. Retiro	11.Retiro	N	1		(0:1)
297	P417_1_12	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 12. Anticoncepción oral de emergencia	12.Anticoncepción oral de emergencia	N	1		(0:1)
298	P417_1_13	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 13. Otro	13.Otro	N	1		(0:1)
299	P417_1_13_O	417A.¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: 13. Otro	(Especifique)	A	50		(A:Z)
300	P417_2	417.¿HA TENIDO USTED O SU PAREJA ACCESO A: 2. Prueba de VIH y otras infecciones de transmisión sexual ?	1.Sí 2.No 3.No conoce	N	1		(1:3)
301	P417_3	417.¿HA TENIDO USTED O SU PAREJA ACCESO A: 3. Educación y consejería sobre salud sexual y reproductiva?	1.Sí 2.No 3.No conoce	N	1		(1:3)
302	P417_4	417.¿HA TENIDO USTED O SU PAREJA ACCESO A: 4. Otro servicio sobre salud sexual y reproductiva?	1.Sí 2.No 3.No conoce	N	1		(1:3)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
303	P417_4_O	417. ¿HA TENIDO USTED O SU PAREJA ACCESO A: 4. Otro servicio sobre salud sexual y reproductiva?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
SOLO PARA EL JEFE/A DEL HOGAR							
304	P418	418. DE LAS PERSONAS QUE VIVÍAN PERMANENTEMENTE EN EL HOGAR ¿ALGUNA FALLECIÓ POR COVID-19?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
305	P418A	P418A. ¿La persona era venezolana?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
CAPÍTULO V. EDUCACIÓN (Para personas de 3 y más años de edad)							
308	P501A	501A. EL ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS, LO REALIZO EN:	1. VENEZUELA? 2. PERÚ 3. Sin nivel educativo	N	1		(1:3)
309	P501	501. EN VENEZUELA ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS QUE APROBÓ?	1.Sin nivel 2.Preescolar 3.Educación Básica Incompleta 4.Educación Básica Completa 5.Educación Media Diversificada Incompleta 6.Educación Media Diversificada 7.Técnico Superior Incompleta 8.Técnico Superior Completa 9.Superior Universitaria Incompleta 10.Superior Universitaria Completa 11.Maestría/ Doctorado	N	2		(1:11)
310	P501B	501B. EN PERÚ ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?	1.Sin nivel 2.Educación inicial 3.Primaria incompleta 4.Primaria completa 5.Secundaria incompleta 6.Secundaria completa 7.Básica especial 8.Superior No universitaria incompleta 9.Superior No universitaria completa 10.Superior Universitaria incompleta 11.Superior Universitaria completa 12.Maestría/ Doctorado	N	2		(1:12)
311	P502	502. ¿CUÁL ES LA CARRERA SUPERIOR UNIVERSITARIA O NO UNIVERSITARIA QUE USTED ESTUDIA O HA ESTUDIADO?		N	5		(00001:99999)
312	P502_O	502. ¿CUÁL ES LA CARRERA SUPERIOR UNIVERSITARIA O NO UNIVERSITARIA QUE USTED ESTUDIA O HA ESTUDIADO?	(Especifique)	A	50		(A:Z)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
313	P503	503. EL AÑO 2020, ¿ESTUVO INSCRITO/MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR EN PERÚ?	1. Sí 2. No	N	1		(1:2)
314	P504_1	504. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTIÓ EL AÑO 2020?	1. Educación Inicial 2. Primaria 3. Secundaria 4. Básica especial 5. Superior no universitaria 6. Sup. universitaria 7. Maestría/Doctorado	N	1		(1:7)
315	P504_2	504. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTIÓ EL AÑO 2020? Año		N	1		(1:6)
316	P504_3	504. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTIÓ EL AÑO 2020? Grado		N	1		(1:6)
317	P504_4	504. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTIÓ EL AÑO 2020? Centro de Estudios	1. Estatal 2. No Estatal	N	1		(1:2)
318	P505	505. EL AÑO 2021, ¿ESTUVO INSCRITO/MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR A DISTANCIA O PRESENCIAL EN PERÚ?	1. Sí 2. No	N	1		(1:2)
319	P506	506. EL AÑO 2021, ¿ASISTIÓ A ALGUN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR A DISTANCIA O PRESENCIAL EN PERÚ?	1. Sí 2. No	N	1		(1:2)
320	P506A	506A ¿EN QUÉ MODALIDAD?	1. Presencial 2. Remota 3. Mixta	N	1		(1:3)
321	P507_1	507. ¿CUÁL ES EL AÑO O GRADO DE ESTUDIOS EN EL QUE ESTUVO INSCRITO/MATRICULADO O ASISTIENDO?	1. Educación Inicial 2. Primaria 3. Secundaria 4. Básica especial 5. Superior no universitaria 6. Sup. universitaria 7. Maestría/Doctorado	N	1		(1:7)
322	P507_2	P507. ¿CUÁL ES EL AÑO O GRADO DE ESTUDIOS EN EL QUE ESTÁ INSCRITO/MATRICULADO O ASISTIENDO? Año		N	1		(0:6)
323	P507_3	P507. ¿CUÁL ES EL AÑO O GRADO DE ESTUDIOS EN EL QUE ESTÁ INSCRITO/MATRICULADO O ASISTIENDO? Grado		N	1		(1:6)
324	P507_4	P507. ¿CUÁL ES EL AÑO O GRADO DE ESTUDIOS EN EL QUE ESTÁ INSCRITO/MATRICULADO O ASISTIENDO? Centro de Estudios	1. Estatal 2. No Estatal	N	1		(1:2)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
Para personas de 3 a 17 años de edad							
325	P508_1	508. A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO ACCEDIÓ AL CONTENIDO DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O "CLASES A DISTANCIA" 1. ¿Televisión?	1. ¿Televisión?	N	1		(0:1)
326	P508_2	508. A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO ACCEDIÓ AL CONTENIDO DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O "CLASES A DISTANCIA" 2. ¿Radio/equipo de sonido?	2. ¿Radio/equipo de sonido?	N	1		(0:1)
327	P508_3	508. A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO ACCEDIÓ AL CONTENIDO DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O "CLASES A DISTANCIA" 3. ¿Plataforma virtual /página Web (Computadora o Tablet o celular)?	3. ¿Plataforma virtual /página Web (Computadora o Tablet o celular)?	N	1		(0:1)
328	P508_4	508. A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO ACCEDIÓ AL CONTENIDO DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O "CLASES A DISTANCIA" 4. ¿Otros?	4. ¿Otros?	N	1		(0:1)
329	P508_4_O	508. A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO ACCEDIÓ AL CONTENIDO DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O "CLASES A DISTANCIA" 4. ¿Otros?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
330	P509_1	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 1. No hubo quien acompañe al niño/a mientras veía el programa (Falta de tiempo)	1. No hubo quien acompañe al niño/a mientras veía el programa (Falta de tiempo)	N	1		(0:1)
331	P509_2	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 2. Pocos equipos (computadora, laptop, celular, etc.) en casa para todos	2. Pocos equipos (computadora, laptop, celular, etc.) en casa para todos	N	1		(0:1)
332	P509_3	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 3. La conexión de internet o plan datos era mala o inestable	3. La conexión de internet o plan datos era mala o inestable	N	1		(0:1)
333	P509_4	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 4. Su paquete de internet o plan de datos era limitado, no pudo comprar más	4. Su paquete de internet o plan de datos era limitado, no pudo comprar más	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
334	P509_5	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 5. El profesor no interactuaba continuamente con el niño/a	5.El profesor no interactuaba continuamente con el niño/a	N	1		(0:1)
335	P509_6	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 6. Era complicado para el niño/a o para los padres acceder al programa/plataforma virtual	6.Era complicado para el niño/a o para los padres acceder al programa/plataforma virtual	N	1		(0:1)
336	P509_7	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 7. Otras	7.Otras	N	1		(0:1)
337	P509_7_O	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 7. Otras	(Especifique)	A	80		(A:Z)
338	P509_8	509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA? 8. NO TUVO DIFICULTADES	8.NO TUVO DIFICULTADES	N	1		(0:1)
339	P510	510. EL RESULTADO QUE OBTUVO EL AÑO 2020 FUE:	1. ¿Aprobado? 2. ¿Desaprobado? 3. ¿Retirado? 4. ¿Otro? 5. ¿No aprueba, ni desaprueba (inicial)?	N	1		(1:5)
340	P510_O	510. EL RESULTADO QUE OBTUVO EL AÑO 2020 FUE:	(Especifique)	A	30		(A:Z)
Para personas de 3 a 25 años de edad (Que actualmente NO asisten a un centro de educación básica o superior)							
341	P511	P511. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE NO ESTUVO MATRICULADO O NO ASISTIÓ A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?	1.Problemas económicos 2.Estoy trabajando/ayudando a la familia en el trabajo 3.Desconocimiento del sistema educativo (no sabe cómo acceder) 4.No tiene documentos 5.No tiene computadora, laptop, Tablet o teléfono celular 6.No tiene TV o radio 7.No tiene acceso a internet o plan de datos 8.No conocía sobre el programa "Aprendo en casa" 9.No me interesa/no me gusta el estudio 10.Se dedica a los quehaceres del hogar 11.No consiguió vacante, no lo aceptaron, no sabía el procedimiento de la matrícula 12.Otra razón	N	2		(1:12)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
342	P511_O	P511. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE NO ESTUVO MATRICULADO O NO ASISTIÓ A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?	(Especifique)	A	50		(A:Z)
Solo para personas que respondieron códigos 10 u 11 en 501							
343	P512	P512. ¿OBTUVO USTED EL TÍTULO QUE ACREDITE SUS ESTUDIOS?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
344	P513	P513. ¿HA HOMOLOGADO SU TÍTULO EN PERÚ?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
345	P514	P514. ¿POR QUÉ NO HA HOMOLOGADO SU TÍTULO?	1.No conozco el procedimiento 2.No traje mis diplomas 3.No tengo dinero 4.Otra razón	N	1		(1:4)
346	P514_O	P514. ¿POR QUÉ NO HA HOMOLOGADO SU TÍTULO?	(Especifique)	A	30		(A:Z)
Para personas de 14 y más años de edad							
ETNICIDAD							
347	P515	P515. POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS, ¿USTED SE SIENTE O SE CONSIDERA:	1.Negro/a 2.Afrodescendientes 3.Moreno 4.Blanco 5.Mestizo 6.Otro 7.NO SABE	N	1		(1:7)
348	P515_O	P515. POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS, ¿USTED SE SIENTE O SE CONSIDERA:	(Especifique)	A	30		(A:Z)
ORIENTACIÓN SEXUAL							
349	P516	P516. DE ACUERDO A SU ORIENTACIÓN SEXUAL ¿USTED ACTUALMENTE SE CONSIDERA:	1.Heterosexual 2.Gay 3.Lesbiana 4.Bisexual 5.Pansexual 6.Asexual 7.Otro 8.NO SABE	N	1		(1:8)
350	P516_O	P516. DE ACUERDO A SU ORIENTACIÓN SEXUAL ¿USTED ACTUALMENTE SE CONSIDERA:	(Especifique)	A	30		(A:Z)
CAPÍTULO VI. EMPLEO (Para personas de 5 y más años de edad)							
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD							

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
353	P601	601. LA SEMANA PASADA, DEL AL ¿TUVO ALGÚN TRABAJO?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
354	P602	602. EL TRABAJO QUE REALIZÓ LA SEMANA PASADA, DEL AL, FUE A CAMBIO DE UN PAGO O GANANCIA EN DINERO O ESPECIE?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
355	P603	603. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
356	P604	604. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
357	P605_1	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 1. ¿Trabajando en algún negocio propio o de un familiar?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
358	P605_2	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 2. ¿Ofreciendo algún servicio?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
359	P605_3	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 3. ¿Haciendo algo en casa para vender?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
360	P605_4	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 4. ¿Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, entre otros?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
361	P605_5	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 5. ¿Realizando alguna labor artesanal?	1.Sí2.No	N	1		(1:2)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
362	P605_6	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 6. ¿Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
363	P605_7	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 7. ¿Trabajando para un hogar particular?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
364	P605_8	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 8. ¿Fabricando algún producto?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
365	P605_9	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 9. ¿Realizando labores remuneradas en la chacra o cuidado de animales?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
366	P605_10	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 10. ¿Ayudando a un familiar de su hogar, sin remuneración?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
367	P605_11	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 11. ¿Ayudando con el empleo de algún miembro de su hogar?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
368	P605_12	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 12. ¿Otra?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
369	P605_12_O	605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO: 12. ¿Otra?	(Especifique)	AN	100		(A:Z)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
370	P606	606. LA SEMANA PASADA DEL..... AL....., ¿POR QUÉ ESTUVO AUSENTE DEL TRABAJO?	1. Turno de trabajo, horario flexible, naturaleza del trabajo 2. Vacaciones, días feriados 3. Enfermedad, dolencia, accidente 4. Licencia por maternidad, paternidad 5. Licencia por estudios o capacitación 6. Otra licencia personal (cuidar de la familia, obligaciones cívicas) 7. Suspensión temporal, menos clientes, pausa en el trabajo 8. Mal clima, desastres naturales 9. Huelga o conflicto laboral 10. Discapacidad de larga duración 11. Trabajo de temporada 12. Otro	N	2		(1:12)
371	P606_O	606. LA SEMANA PASADA DEL..... AL....., ¿POR QUÉ ESTUVO AUSENTE DEL TRABAJO?	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
372	P607	607. SIGUE RECIBIENDO INGRESOS POR SU TRABAJO DURANTE ESTA AUSENCIA?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
OCUPADOS							
OCUPACIÓN PRINCIPAL							
373	P608	608. TOMANDO EN CONSIDERACIÓN EL TIEMPO QUE USTED ESTUVO AUSENTE, ¿REGRESARÁ A ESE MISMO EMPLEO O NEGOCIO:	1. En 3 meses o antes? 2. Después de 3 meses? 3. (NO LEER) No está seguro de regresar	N	1		(1:3)
374	P609	609. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ?	(Especifique)	AN	100		(A:Z)
375	P609_COD	609. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ? - CODIGO		N	4		(0001:9999)
376	P610	610. ¿QUÉ TAREAS REALIZÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?	(Especifique)	AN	100		(A:Z)
377	P611	611. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?	(Especifique)	AN	100		(A:Z)
378	P611_COD	611. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL? - CODIGO		N	4		(0001:9999)
379	P612	612. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:	1. Empleador o patrono 2. Trabajador independiente 3. Empleado u obrero 4. Ayudante en un negocio de la familia 5. Ayudante en el empleo de un familiar 6. Trabajador del hogar 7. Aprendiz/practicante remunerado 8. Practicante sin remunerado	N	1		(1:8)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
380	P613	613. USTED, ¿HA FIRMADO ALGÚN CONTRATO LABORAL O BRINDÓ ALGÚN COMPROBANTE DE PAGO POR SUS SERVICIOS?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
381	P614	614. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:	1.Hasta 20 personas? 2.De 21 a 50 personas? 3.De 51 a 100 personas? 4.De 101 a 500 personas? 5.Más de 500 personas?	N	1		(1:5)
382	P614_T	614. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:		N	4		(1:9998)
383	P615_1	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupación principal : Domingo		N	2		(0:24)
384	P615_2	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupación principal : Lunes		N	2		(0:24)
385	P615_3	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupación principal : Martes		N	2		(0:24)
386	P615_4	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupación principal : Miércoles		N	2		(0:24)
387	P615_5	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupación principal : Jueves		N	2		(0:24)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
388	P615_6	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupación principal : Viernes		N	2		(0:24)
389	P615_7	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupación principal : Sábado		N	2		(0:24)
390	P615_8	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupacion/es secundaria/s : Domingo		N	2		(0:24)
391	P615_9	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupacion/es secundaria/s : Lunes		N	2		(0:24)
392	P615_10	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupacion/es secundaria/s : Martes		N	2		(0:24)
393	P615_11	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupacion/es secundaria/s : Miércoles		N	2		(0:24)
394	P615_12	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupacion/es secundaria/s : Jueves		N	2		(0:24)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
395	P615_13	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupacion/es secundaria/s : Viernes		N	2		(0:24)
396	P615_14	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Ocupacion/es secundaria/s : Sábado		N	2		(0:24)
397	P615_T	615. LA SEMANA PASADA, DELAL.....¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA) - Total de horas		N	3		(1:168)
398	P616	616. EN TOTAL UD. TRABAJÓ___ HORAS LA SEMANA PASADA. ¿NORMALMENTE TRABAJA ESAS HORAS A LA SEMANA?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
399	P616A	616A. NORMALMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA EN TODAS SUS OCUPACIONES?		N	3		(1:168)
400	P617	617. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA TRABAJAR MÁS HORAS DE LAS QUE NORMALMENTE TRABAJA?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
401	P618	618. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR MÁS HORAS?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
402	P619	619. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO BUSCANDO OTRO TRABAJO?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
DEPENDIENTES							

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
403	P620	620. LA SEMANA PASADA, ¿HA REALIZADO SU TRABAJO:	1.De manera presencial, en su centro de trabajo, todos los días laborales, como de costumbre? 2.De manera presencial, en su centro de trabajo, solo algunos días laborales? 3.Realizando trabajo mixto (presencial algunos días Laborales y trabajo remoto desde su domicilio)? 4.Desde su domicilio, realizando trabajo remoto todos los días laborales (usando una computadora, laptop, entre otros)? 5.Por teletrabajo? 6.Estaba de vacaciones, licencia, descanso médico, entre otros? 7.Otra modalidad?	N	1		(1:7)
404	P620_O	620. LA SEMANA PASADA, ¿HA REALIZADO SU TRABAJO:	(Especifique)	AN	100		(A:Z)
INGRESO POR TRABAJO INGRESO DE LA OCUPACION PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE							
405	P621	621. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿LA FRECUENCIA CON QUE A USTED LE PAGAN ES:	1.Diario? 2.Semanal? 3.Quincenal? 4.Mensual? 5.No recibió pago alguno	N	1		(1:5)
406	P622_1	622. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL SIN DESCUENTOS EN EL/LAANTERIOR, INCLUYENDO HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC.?	En dinero S/. (En enteros)	N	4		(0:9999)
407	P622_2	622. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL SIN DESCUENTOS EN EL/LAANTERIOR, INCLUYENDO HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC.?	En especie S/. (En enteros)	N	4		(0:9999)
INGRESO DE LA OCUPACION PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE (Solo para empleador o patrono / trabajador independiente)							
408	P623_1	623. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CUÁL FUE SU GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR?	En dinero S/. (En enteros)	N	4		(0:9999)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
409	P623_2	623. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CUÁL FUE SU GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR?	En especie S/. (En enteros)	N	4		(0:9999)
410	P623_3	NO SABE / NO TIENEN GANANCIA		N	1		(0:1)
INGRESO DE LA OCUPACION SECUNDARIA							
411	P624_1	624. EN SU/S OCUPACIÓN/ES SECUNDARIA/S, ¿CUÁL FUE SU INGRESO EN EL MES ANTERIOR?	En dinero S/. (En enteros)	N	4		(0:9999)
412	P624_2	624. EN SU/S OCUPACIÓN/ES SECUNDARIA/S, ¿CUÁL FUE SU INGRESO EN EL MES ANTERIOR?	En especie S/. (En enteros)	N	4		(0:9999)
413	P624_3	624. EN SU/S OCUPACIÓN/ES SECUNDARIA/S, ¿CUÁL FUE SU INGRESO EN EL MES ANTERIOR? 1. SIN REMUNERACION	1. SIN REMUNERACION	N	1		(0:1)
414	P624_4	624. EN SU/S OCUPACIÓN/ES SECUNDARIA/S, ¿CUÁL FUE SU INGRESO EN EL MES ANTERIOR? 2.NO TUVO ACTIVIDAD SECUNDARIA	2.NO TUVO ACTIVIDAD SECUNDARIA	N	1		(0:1)
415	P625	625. EL CENTRO DE TRABAJO DONDE DESEMPEÑA SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿ESTÁ UBICADO:	1.Aquí, en este distrito 2.En otro distrito	N	1		(1:2)
416	P625_COD_DIST	625. CODIGO DE DISTRITO		AN	2		(01:43)
417	P625_DIST	625. DISTRITO		AN	50		(A:Z)
418	P625_COD_PROV	625. CODIGO DE PROVINCIA		AN	2		(01:20)
419	P625_PROV	625. PROVINCIA		AN	50		(A:Z)
420	P625A_COD_DEPA	625. CODIGO DE DEPARTAMENTO		AN	2		(01:25)
421	P625_DEPA	625. DEPARTAMENTO		AN	50		(A:Z)
DESOCUPADOS							
422	P626	626. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL AL, ¿HIZO ALGO PARA CONSEGUIR TRABAJO?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
423	P627	627. LA SEMANA PASADA, ¿HIZO ALGO PARA CONSEGUIR TRABAJO?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
424	P628	628. ¿QUÉ ESTUVO HACIENDO LA SEMANA PASADA?	1.Hizo trámites, buscó local, gestionó préstamos para establecer su propio negocio? 2.Reparando sus activos (local, máquina, equipo)? 3.Esperando el inicio de un trabajo dependiente (como obrero, empleado o trabajador del hogar)? 4.Estudiando? 5.Quehaceres del hogar? 6.Vivía de su pensión o jubilación u otras rentas? 7.Enfermo o incapacitado? 8.Otro?	N	1		(1:8)
425	P628_O	628. ¿QUÉ ESTUVO HACIENDO LA SEMANA PASADA?	(Especifique)	AN	100		(A:Z)
426	P629	629. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA UD. TRABAJAR?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
427	P630	630. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
428	P631	631. ¿POR QUÉ NO BUSCÓ TRABAJO?	1.No hay trabajo 2.Se cansó de buscar 3.Por su edad 4.Falta de experiencia 5.Sus estudios no le permiten 6.Los quehaceres del hogar no le permiten 7.Razones de salud 8.Falta de capital 9.Espera los resultados de una búsqueda anterior 10.Por el Covid-19 (para evitar contagio, por ser vulnerable, entre otros) 11.Otro 12.Ya encontró trabajo 13.Si buscó trabajo	N	2		(1:13)
429	P631_O	631. ¿POR QUÉ NO BUSCÓ TRABAJO?	(Especifique)	AN	100		(A:Z)
430	P632_1	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 1. Empleador / patrono	1.Empleador / patrono	N	1		(0:1)
431	P632_2	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 2. Agencia de empleo	2.Agencia de empleo	N	1		(0:1)
432	P632_3	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 3. Bolsa de trabajo de Instituciones públicas	3.Bolsa de trabajo de Instituciones públicas	N	1		(0:1)
433	P632_4	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 4. Bolsa de trabajo de Instituciones privadas	4.Bolsa de trabajo de Instituciones privadas	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
434	P632_5	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 5. Amigos y/o parientes	5.Amigos y/o parientes	N	1		(0:1)
435	P632_6	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 6. Diarios, revistas o anuncios	6.Diarios, revistas o anuncios	N	1		(0:1)
436	P632_7	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 7. Envío su currículum vitae a empresas o instituciones	7.Envío su currículum vitae a empresas o instituciones	N	1		(0:1)
437	P632_8	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 8. Publicó avisos en diarios, revistas o anuncios	8.Publicó avisos en diarios, revistas o anuncios	N	1		(0:1)
438	P632_9	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 9. Buscó clientes o pedidos	9.Buscó clientes o pedidos	N	1		(0:1)
439	P632_10	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 10. Otro?	10.Otro?	N	1		(0:1)
440	P632_10_O	632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? Consultó: 10. Otro?	(Especifique)	AN	100		(A:Z)
441	P632_I	Registre el código de la gestión mas importante	1.Empleador / patrono 2.Agencia de empleo 3.Bolsa de trabajo de Instituciones públicas 4.Bolsa de trabajo de Instituciones privadas 5.Amigos y/o parientes 6.Diarios, revistas o anuncios 7.Envío su currículum vitae a empresas o instituciones 8.Publicó avisos en diarios, revistas o anuncios 9.Buscó clientes o pedidos 10. Otro?	N	2		(1:10)
442	P633	633. ¿CUÁNTAS SEMANAS HA ESTADO BUSCANDO TRABAJO, SIN INTERRUPCIONES?		N	2		(1:98)
Para personas de 12 y más años de edad							
443	P634_1	634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES DE EDAD DEL HOGAR, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO? 1. Con familiares y parientes	1.Con familiares y parientes	N	1		(0:1)
444	P634_2	634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES DE EDAD DEL HOGAR, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO? 2. En la cuna del colegio	2.En la cuna del colegio	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
445	P634_3	634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES DE EDAD DEL HOGAR, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO? 3. Con amigos/as	3.Con amigos/as	N	1		(0:1)
446	P634_4	634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES DE EDAD DEL HOGAR, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO? 4. Con vecinos/as	4.Con vecinos/as	N	1		(0:1)
447	P634_5	634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES DE EDAD DEL HOGAR, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO? 5. Se los lleva al trabajo	5.Se los lleva al trabajo	N	1		(0:1)
448	P634_6	634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES DE EDAD DEL HOGAR, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO? 6. Se quedan solos	6.Se quedan solos	N	1		(0:1)
449	P634_7	634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES DE EDAD DEL HOGAR, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO? 7. Otro	7.Otro	N	1		(0:1)
450	P634_7_O	634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES DE EDAD DEL HOGAR, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO? 7. Otro	(Especifique)	AN	30		(A:Z)
Para personas de 5 y más años de edad TRABAJO EN PERÚ							
451	P635	635. USTED, ¿HA TRABAJADO EN PERÚ O HA DESEMPEÑADO ALGUNA ACTIVIDAD SIN RECIBIR EL PAGO ACORDADO?	1.Sí, recibió menos de lo establecido 2.Sí, no recibió pago alguno 3.No 4.No sabe 5.PREFIERE NO RESPONDER	N	1		(1:5)
TRABAJO ANTERIOR							
452	P636	636. EN VENEZUELA, ¿TENÍA USTED TRABAJO ANTES DE INICIAR SU VIAJE?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
453	P637	637. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ?	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
Para personas de 14 y más años de edad INGRESOS NO LABORALES							

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
454	P638_1	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: a. Pensión de divorcio, alimentos y/o jubilación?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
455	P638_1_1	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: a. Pensión de divorcio, alimentos y/o jubilación? - Frecuencia	1.Mensual 2.Bimestral 3.Semestral 4.Anuar	N	1		(1:4)
456	P638_1_2	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: a. Pensión de divorcio, alimentos y/o jubilación? - Monto S/.		N	4		(1:9999)
457	P638_2	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: b. Arrendamientos de casas, maquinarias, vehículos?	1.Sí2.No	N	1		(1:2)
458	P638_2_1	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: b. Arrendamientos de casas, maquinarias, vehículos? - Frecuencia	1.Mensual 2.Bimestral 3.Semestral 4.Anuar	N	1		(1:4)
459	P638_2_2	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: b. Arrendamientos de casas, maquinarias, vehículos? - Monto S/.		N	4		(1:9999)
460	P638_3	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: c. Ingresos financieros?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
461	P638_3_1	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: c. Ingresos financieros? - Frecuencia	1.Mensual 2.Bimestral 3.Semestral 4.Anuar	N	1		(1:4)
462	P638_3_2	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: c. Ingresos financieros? - Monto S/.		N	4		(1:9999)
463	P638_4	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: d. Otros ingresos?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
464	P638_4_1	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: d. Otros ingresos? - Frecuencia	1.Mensual 2.Bimestral 3.Semestral 4.Anuar	N	1		(1:4)
465	P638_4_2	638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEA ¿RECIBÍO INGRESOS POR CONCEPTO DE: d. Otros ingresos? - Monto S/.		N	4		(1:9999)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
ENVÍO DE REMESAS							
466	P639_1	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: a. Venezuela?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
467	P639_1_1	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: a. Venezuela? - Medios de envío	1.Transferencias bancarias y/o agencia de envío 2.Personas independientes 3.Otro	N	1		(1:3)
468	P639_1_1_O	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: a. Venezuela? - Medios de envío	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
469	P639_1_2	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: a. Venezuela? - Frecuencia	1.Diario 2.Semanal 3.Quincenal 4.Mensual 5.Bimestral 6.Trimestral 7.Otro	N	1		(1:7)
470	P639_1_2_O	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: a. Venezuela? - Frecuencia	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
471	P639_1_3	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: a. Venezuela? - Monto S/.	1.¿0 – 100 soles? 2.¿101 – 200 soles? 3.¿201 – a más soles?	N	1		(1:3)
472	P639_2	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: b. Otro país?	1.Sí2.No	N	1		(1:2)
473	P639_2_1	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: b. Otro país? - Medios de envío	1.Transferencias bancarias y/o agencia de envío 2.Personas independientes 3.Otro	N	1		(1:3)
474	P639_2_1_O	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: b. Otro país? - Medios de envío	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
475	P639_2_2	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: b. Otro país? - Frecuencia	1.Diario 2.Semanal 3.Quincenal 4.Mensual 5.Bimestral 6.Trimestral 7.Otro	N	1		(1:7)
476	P639_2_2_O	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: b. Otro país? - Frecuencia	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
477	P639_2_3	639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A: b. Otro país? - Monto S/.	1.¿0 – 100 soles? 2.¿101 – 200 soles? 3.¿201 – a más soles?	N	1		(1:3)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
CAPÍTULO VII. DISCRIMINACIÓN (Para personas de 5 años y más de edad)							
480	P701	701. USTED, ¿SE HA SENTIDO DISCRIMINADO DESDE QUE LLEGÓ A PERÚ?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
481	P702_1	702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 1. Género	1.Género	N	1		(0:1)
482	P702_2	702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 2. Orientación sexual	2.Orientación sexual	N	1		(0:1)
483	P702_3	702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 3. Condición migratoria (no tiene papeles, ilegal.)	3.Condición migratoria (no tiene papeles, ilegal.)	N	1		(0:1)
484	P702_4	702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 4. Condición socioeconómica	4.Condición socioeconómica	N	1		(0:1)
485	P702_5	702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 5. Nacionalidad	5.Nacionalidad	N	1		(0:1)
486	P702_6	702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 6. Raza y forma de hablar	6.Raza y forma de hablar	N	1		(0:1)
487	P702_7	702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 7. Otro	7.Otro	N	1		(0:1)
488	P702_7_O	702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 7. Otro	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
489	P703_1	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 1. En su centro de trabajo	1.En su centro de trabajo	N	1		(0:1)
490	P703_2	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 2. En la Institución Educativa	2.En la Institución Educativa	N	1		(0:1)
491	P703_3	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 3. En el establecimiento de salud	3.En el establecimiento de salud	N	1		(0:1)
492	P703_4	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 4. En las Instituciones de Justicia	4.En las Instituciones de Justicia	N	1		(0:1)
493	P703_5	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 5. En la calle/lugares públicos	5.En la calle/lugares públicos	N	1		(0:1)
494	P703_6	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 6. En el transporte público (bus, colectivo, Metro de Lima, Corredor azul, Metropolitano, etc.)	6.En el transporte público (bus, colectivo, Metro de Lima, Corredor azul, Metropolitano, etc.)	N	1		(0:1)
495	P703_7	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 7. En las oficinas de Migración	7.En las oficinas de Migración	N	1		(0:1)
496	P703_8	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 8. En las oficinas de la Cancillería	8.En las oficinas de la Cancillería	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
497	P703_9	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 9. En tu comunidad/barrio	9.En tu comunidad/barrio	N	1		(0:1)
498	P703_10	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 10. Otro lugar	10.Otro lugar	N	1		(0:1)
499	P703_10_O	703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 10. Otro lugar	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
500	P704_1	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 1. Persona de su país	1.Persona de su país	N	1		(0:1)
501	P704_2	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 2. Jefe o supervisores o compañeros de trabajo	2.Jefe o supervisores o compañeros de trabajo	N	1		(0:1)
502	P704_3	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 3. Servidor público	3.Servidor público	N	1		(0:1)
503	P704_4	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 4. Fuerzas del orden	4.Fuerzas del orden	N	1		(0:1)
504	P704_5	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 5. Vecinos	5.Vecinos	N	1		(0:1)
505	P704_6	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 6. Arrendatario	6.Arrendatario	N	1		(0:1)
506	P704_7	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 7. Extraño/a	7.Extraño/a	N	1		(0:1)
507	P704_8	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 8. Compañeros de colegio	8.Compañeros de colegio	N	1		(0:1)
508	P704_9	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 9. Otro	9.Otro	N	1		(0:1)
509	P704_9_O	704. ¿POR QUIÉN SE HA SENTIDO DISCRIMINADO? 9. Otro	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
510	P705	705. EN GENERAL, ¿SIENTE USTED QUE LA DISCRIMINACIÓN DURANTE LA PANDEMIA (DESDE EL 16 DE MARZO DEL 2020):	1.¿Ha aumentado? 2.¿Ha disminuido? 3.¿Sigue igual?	N	1		(1:3)
511	P706_1	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 1. Persona de su país	1.Persona de su país	N	1		(0:1)
512	P706_2	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 2. Jefe o supervisores o compañeros de trabajo	2.Jefe o supervisores o compañeros de trabajo	N	1		(0:1)
513	P706_3	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 3. Servidor público	3.Servidor público	N	1		(0:1)
514	P706_4	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 4. Fuerzas del orden	4.Fuerzas del orden	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
515	P706_5	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 5. Vecino/a	5.Vecino/a	N	1		(0:1)
516	P706_6	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 6. Arrendatario	6.Arrendatario	N	1		(0:1)
517	P706_7	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 7. Extraño/a	7.Extraño/a	N	1		(0:1)
518	P706_8	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 8. Compañeros de colegio	8.Compañeros de colegio	N	1		(0:1)
519	P706_9	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 9. Otro	9.Otro	N	1		(0:1)
520	P706_9_O	706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES A INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN? 9. Otro	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
521	P707_1	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Iglesia?	1.Iglesia	N	1		(0:1)
522	P707_2	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Junta de vecinos?	2.Junta de vecinos	N	1		(0:1)
523	P707_3	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Asociaciones de padres?	3.Asociaciones de padres	N	1		(0:1)
524	P707_4	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Asociación de venezolanos?	4.Asociación de venezolanos	N	1		(0:1)
525	P707_5	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Asociación de refugiados?	5.Asociación de refugiados	N	1		(0:1)
526	P707_6	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Grupos juveniles?	6.Grupos juveniles	N	1		(0:1)
527	P707_7	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O	7.Grupos deportivos	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
		ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Grupos deportivos?					
528	P707_8	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Otra institución?	8.Otra institución	N	1		(0:1)
529	P707_8_O	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: Otra institución?	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
530	P707_9	707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO: NO PARTICIPA	9.NO PARTICIPA	N	1		(0:1)
531	P708_1	708. AHORA LE VOY A LEER ALGUNAS ORACIONES, SOLO DEBE DECIRME SI ESTÁ DE ACUERDO O NO: 1. Me siento identificado/a con la sociedad y/o cultura peruana - ¿Está de acuerdo?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
532	P708_2	708. AHORA LE VOY A LEER ALGUNAS ORACIONES, SOLO DEBE DECIRME SI ESTÁ DE ACUERDO O NO: 2. Me siento como un extraño/a en Perú - ¿Está de acuerdo?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
533	P708_3	708. AHORA LE VOY A LEER ALGUNAS ORACIONES, SOLO DEBE DECIRME SI ESTÁ DE ACUERDO O NO: 3. Me siento aislado/a por la sociedad y/o cultura peruana - ¿Está de acuerdo?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
534	P709_1	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 1. Alimentos	1.Alimentos	N	1		(0:1)
535	P709_2	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 2. Acceso a salud	2.Acceso a salud	N	1		(0:1)
536	P709_3	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 3. Asistencia para regularizar la situación migratoria y/o estatus de refugiado	3 Asistencia para regularizar la situación migratoria y/o estatus de refugiado	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
537	P709_4	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 4. Generación de ingresos/empleo	4.Generación de ingresos/empleo	N	1		(0:1)
538	P709_5	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 5. Educación y capacitación	5.Educación y capacitación	N	1		(0:1)
539	P709_6	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 6. Artículos no alimentarios (ropa/cuidado personal, etc.)	6.Artículos no alimentarios (ropa/cuidado personal, etc.)	N	1		(0:1)
540	P709_7	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 7. Alojamiento	7.Alojamiento	N	1		(0:1)
541	P709_8	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 8. Acceso a servicios de agua y/o desagüe	8.Acceso a servicios de agua y/o desagüe	N	1		(0:1)
542	P709_9	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 9. Reunificación familiar	9.Reunificación familiar	N	1		(0:1)
543	P709_10	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 10. Esparcimiento y diversión	10.Esparcimiento y diversión	N	1		(0:1)
544	P709_11	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 11. Otra necesidad	11.Otra necesidad	N	1		(0:1)
545	P709_11_O	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 11. Otra necesidad	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
546	P709_12	709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA? 12. SUS NECESIDADES YA ESTÁN CUBIERTAS	12.SUS NECESIDADES YA ESTÁN CUBIERTAS	N	1		(0:1)
CAPÍTULO VIII. GÉNERO Y VICTIMIZACIÓN (Para							

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
personas de 18 años y más de edad)							
549	P801	801. ¿EN SU HOGAR, QUIÉN DECIDE CÓMO SE GASTA PRINCIPALMENTE EL DINERO?	1.Entrevistado/a 2.Esposo/a o compañero/a 3.Ambos 4.Alguien más en el hogar 5.Entrevistado/a y alguien más	N	1		(1:5)
550	P802_1	802. DESDE QUE LLEGÓ A PERÚ, ¿CONOCE DE ALGUNA PERSONA VENEZOLANA QUE HAYA SIDO VÍCTIMA DE: 1. Maltrato físico?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
551	P802A_1_1	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 1.Cónyugue / pareja	1.Cónyugue / pareja	N	1		(0:1)
552	P802A_1_2	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 2.Otros familiares	2.Otros familiares	N	1		(0:1)
553	P802A_1_3	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 3.Jefes o supervisores /compañeros de trabajo	3. Jefes o supervisores/compañeros de trabajo	N	1		(0:1)
554	P802A_1_4	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 4.Servidor público	4.Servidor público	N	1		(0:1)
555	P802A_1_5	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 5.Servidor privado	5.Servidor privado	N	1		(0:1)
556	P802A_1_6	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 6.Fuerzas del orden	6.Fuerzas del orden	N	1		(0:1)
557	P802A_1_7	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 7.Un extraño	7.Un extraño	N	1		(0:1)
558	P802A_1_8	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 8.Otro	8.Otro	N	1		(0:1)
559	P802A_1_8_O	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 1. Maltrato físico? - 8.Otro - Especifique	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
560	P802_2	802. DESDE QUE LLEGÓ A PERÚ, ¿CONOCE DE ALGUNA PERSONA VENEZOLANA QUE HAYA SIDO VÍCTIMA DE: 2. Maltrato psicológico?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
561	P802A_2_1	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 1.Cónyugue / pareja	1.Cónyugue / pareja	N	1		(0:1)
562	P802A_2_2	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 2.Otros familiares	2.Otros familiares	N	1		(0:1)
563	P802A_2_3	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 3.Jefes o supervisores /compañeros de trabajo	3. Jefes o supervisores/compañeros de trabajo	N	1		(0:1)
564	P802A_2_4	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 4.Servidor público	4.Servidor público	N	1		(0:1)
565	P802A_2_5	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 5.Servidor privado	5.Servidor privado	N	1		(0:1)
566	P802A_2_6	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 6.Fuerzas del orden	6.Fuerzas del orden	N	1		(0:1)
567	P802A_2_7	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 7.Un extraño	7.Un extraño	N	1		(0:1)
568	P802A_2_8	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 8.Otro	8.Otro	N	1		(0:1)
569	P802A_2_8_O	802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO.....? 2. Maltrato psicológico? - 8.Otro - Especifique	(Especifique)	AN	50		(A:Z)
570	P802_3	802. DESDE QUE LLEGÓ A PERÚ, ¿CONOCE DE ALGUNA PERSONA VENEZOLANA QUE HAYA SIDO VÍCTIMA DE: 3. Violencia sexual?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
571	P803	803. ¿USTED SABE SI ESTA PERSONA, QUE SUFRIÓ VIOLENCIA SEXUAL, ACUDIÓ A ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN PARA PEDIR AYUDA?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)
572	P804_1	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 1. Esposo/a o compañero/a	1.Esposo/a o compañero/a	N	1		(0:1)
573	P804_2	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 2. Padre o madre	2.Padre o madre	N	1		(0:1)
574	P804_3	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 3. Familiar	3.Familiar	N	1		(0:1)
575	P804_4	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 4. Amigo/a o vecino/a	4.Amigo/a o vecino/a	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
576	P804_5	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 5. Iglesia	5.Iglesia	N	1		(0:1)
577	P804_6	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 6. Comisaría	6.Comisaría	N	1		(0:1)
578	P804_7	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 7. Juzgado/Fiscalía	7.Juzgado/Fiscalía	N	1		(0:1)
579	P804_8	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 8. Establecimiento de salud	8.Establecimiento de salud	N	1		(0:1)
580	P804_9	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 9. DEMUNA	9.DEMUNA	N	1		(0:1)
581	P804_10	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 10. Centro de Emergencia Mujer – CEM/MIMP	10.Centro de Emergencia Mujer – CEM/MIMP	N	1		(0:1)
582	P804_11	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 11. Defensoría del pueblo	11.Defensoría del pueblo	N	1		(0:1)
583	P804_12	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 12. Organización privada	12.Organización privada	N	1		(0:1)
584	P804_13	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 13. ONG	13.ONG	N	1		(0:1)
585	P804_14	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 14. Otro	14.Otro	N	1		(0:1)
586	P804_14_O	804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ? 14. Otro	(Especifique)	AN	30		(A:Z)
587	P805_1	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 1. No sabía a donde ir/no conoce los servicios	1.No sabía a donde ir/no conoce los servicios	N	1		(0:1)
588	P805_2	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 2. De nada sirve	2.De nada sirve	N	1		(0:1)
589	P805_3	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 3. Miedo a las consecuencias	3.Miedo a las consecuencias	N	1		(0:1)
590	P805_4	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 4. Vergüenza	4.Vergüenza	N	1		(0:1)
591	P805_5	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 5. No tenía acceso por ser venezolano/a	5.No tenía acceso por ser venezolano/a	N	1		(0:1)
592	P805_6	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE	6.Falta de recursos económicos	N	1		(0:1)

ORDEN	Nº DE PREGUNTA	ETIQUETAS	VALORES	CLASE DE DATOS	LONGITUD	DECIMAL	RANGO DE VARIACIÓN
		FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 6. Falta de recursos económicos					
593	P805_7	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 7. Falta de tiempo	7.Falta de tiempo	N	1		(0:1)
594	P805_8	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 8. Miedo a ser enviado de vuelta a Venezuela	8.Miedo a ser enviado de vuelta a Venezuela	N	1		(0:1)
595	P805_9	805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL? 9. No sabe	9.No sabe	N	1		(0:1)
596	P806	806. EN SU OPINIÓN, ¿ESTAS SITUACIONES SON:	1.Más frecuentes que antes de la COVID-19? 2.Menos frecuentes que antes de la COVID-19? 3.Igual de frecuentes que antes de la COVID-19?	N	1		(1:3)
597	P807	807. DESDE QUE LLEGÓ A PERÚ, SABE O CONOCE DE ALGUNA PERSONA VENEZOLANA QUE SE HA VISTO EN LA NECESIDAD DE TENER SEXO A CAMBIO DE ALGÚN BIEN O SERVICIO?	1.Sí 2.No	N	1		(1:2)

