

F.SALUD		NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS 01	
¿..... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud? (Nueva EPS, Empresa Promotora de Salud –EPS– o Administradora de Régimen Subsidiado –ARS–, a través del Sisshen)	1	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/> No sabe <input type="text" value="3"/> } → Pase a 8
¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?	2	Contributivo (EPS contributivo) <input type="text" value="1"/>	Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio) <input type="text" value="2"/> Subsidiado (EPSS, ARS) <input type="text" value="3"/> No sabe, no informa <input type="text" value="4"/>
¿Siempre ha estado afiliado a esta EPSS contributivo o ARS?	3	Si <input type="text" value="1"/> → Pase a 5	No <input type="text" value="2"/>
¿Qué razones tuvo para cambiar de EPS O ARS?	4	Deficiencias en el trato que da el personal médico o paramédico de la EPS	Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>
		Deficiencias en los trámites administrativos de la EPS	Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>
		Deficiencias en los servicios de salud de la EPS	Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>
		Cambio de ciudad de residencia	Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>
		Problemas económicos	Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>
¿Cuánto tiempo de afiliación lleva en la entidad donde está actualmente afiliado?	5	Años <input type="text" value=""/>	Meses <input type="text" value=""/>
¿Quién paga mensualmente por la afiliación de.....?	6 paga una parte y otra la empresa o patrón <input type="text" value="1"/> Le descuentan de la pensión <input type="text" value="2"/> paga la totalidad de la afiliación <input type="text" value="3"/> Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó <input type="text" value="4"/> No paga, es beneficiario <input type="text" value="5"/> No sabe, no informa <input type="text" value="6"/>	} Pase a 8
¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a para estar cubierto por una entidad de seguridad social en salud?	7	Valor \$: _____	
¿Cuáles de los otros planes o seguros de salud tiene.....?	8	Póliza de hospitalización o cirugía <input type="text" value="1"/> Contrato de medicina prepagada <input type="text" value="1"/> Contrato de plan complementario de salud con una EPS <input type="text" value="1"/> Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.) <input type="text" value="1"/> Ninguno <input type="text" value="2"/>	→ Pase a 10
¿Cuánto paga o le descuentan mensualmente a por concepto de estos planes o seguros de salud?	9	Valor \$: _____	
En los últimos doce meses, ¿usted considera que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?	10	Muy bueno <input type="text" value="1"/> Bueno <input type="text" value="2"/> Regular <input type="text" value="3"/> Malo <input type="text" value="4"/> Muy Malo <input type="text" value="5"/>	
.... Tiene dificultades permanentes para	11	Caminar Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Moverse Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Usar brazos o manos Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Ver a pesar de usar lentes o gafas Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Oír aun usando aparatos especiales Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Hablar Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	
¿Para afrontar estas dificultades, ... sigue algún tratamiento o recibe ayuda de alguien?	12	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/> → Pase a 13
¿Qué tratamiento(s) sigue ... o de quién(es) recibe ayuda?	13	Va al médico, especialista u otro personal de salud Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Va a un acupunturista, bioenergético u homeópata Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Utiliza los servicios de centros de rehabilitación o centro de atención integral o centro ocupacional Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Lo atiende o ayuda una persona del hogar (familiar o empleada doméstica) Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Lo atiende una empleada(o) contratada para ayudarlo Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Una persona externa al hogar no empleada (amigo, vecino, familiar) Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Una institución de asistencia (ONG, institución religiosa, etc.) Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	

¿Quién asume la mayor parte de los costos de esa ayuda?	14	El sistema de salud (EPS, ARS) La familia La persona con la limitación Una ONG Otro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿tuvo _____ alguna lesión, causada por accidente o violencia?	15	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 17	
Esa lesión fue causada por:	16	Intoxicación o envenenamiento, quemadura accidental Violencia interpersonal Violencia intrafamiliar Accidente de trabajo Accidente de tráfico Lesiones o pérdidas en acciones armadas Otro tipo de accidente o violencia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
¿Dígame cuáles de las siguientes cosas le sucedieron como resultado del	17	Moretones, dolores o tensión en músculos Cortadas, raspaduras, quemaduras o heridas abiertas en la piel Fracturas, huesos rotos o dislocados Daños en los órganos internos o sangrado interno Lesión de la cabeza o pérdida del conocimiento Pérdida temporal o definitiva de la función de un órgano, o parte del cuerpo	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2
¿Durante cuántos de los ÚLTIMOS 30 DÍAS ha sido _____ totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier problema de salud?	18	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
¿Durante cuántos de los ULTIMOS 30 DÍAS redujo _____ sus actividades diarias o su trabajo, debido a cualquier problema de salud, sin contar los _____ días en que estuvo totalmente incapacitado (a)?	19	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
El último accidente que tuvo (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde ocurrió?	20	En casa, escaleras, cocina, parqueadero En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico En la calle, pero no fue un accidente de tráfico En el trabajo En el lugar donde estudia: escuela, colegio, guardería En una instalación deportiva En una zona recreativa o de ocio En otro lugar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
¿Consultó con algún/a profesional de salud, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?	21	Consultó a un(a) médico(a) o enfermero(a) Acudió a un centro de salud Ingresó en un hospital No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
¿Cuáles fueron los dos efectos o daños más graves producidos por el accidente?	22	Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales Fracturas o heridas profundas Envenenamiento o intoxicación Quemaduras Otros efectos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Generalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera usted, que es el nivel de estrés de su trabajo, según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante)	23	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio)	24	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?	25	Tiene caries Le han extraído dientes, muelas Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente Lleva coronas, puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza Le faltan dientes, muelas que no han sido sustituidos por prótesis Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2

El sistema de salud (EPS, ARS)	<input type="text" value="1"/>		El sistema de salud (EPS, ARS)	<input type="text" value="1"/>	
La familia	<input type="text" value="2"/>		La familia	<input type="text" value="2"/>	
La persona con la limitación	<input type="text" value="3"/>		La persona con la limitación	<input type="text" value="3"/>	
Una ONG	<input type="text" value="4"/>		Una ONG	<input type="text" value="4"/>	
Otro	<input type="text" value="5"/>		Otro	<input type="text" value="5"/>	
Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	→ Pase a 17	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	→ Pase a 17
Intoxicación o envenenamiento, quemadura accidental	<input type="text" value="1"/>		Intoxicación o envenenamiento, quemadura accidental	<input type="text" value="1"/>	
Violencia interpersonal	<input type="text" value="2"/>		Violencia interpersonal	<input type="text" value="2"/>	
Violencia intrafamiliar	<input type="text" value="3"/>		Violencia intrafamiliar	<input type="text" value="3"/>	
Accidente de trabajo	<input type="text" value="4"/>		Accidente de trabajo	<input type="text" value="4"/>	
Accidente de tráfico	<input type="text" value="5"/>		Accidente de tráfico	<input type="text" value="5"/>	
Lesiones o pérdidas en acciones armadas	<input type="text" value="6"/>		Lesiones o pérdidas en acciones armadas	<input type="text" value="6"/>	
Otro tipo de accidente o violencia	<input type="text" value="7"/>		Otro tipo de accidente o violencia	<input type="text" value="7"/>	
Moretones, dolores o tensión en músculos	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Moretones, dolores o tensión en músculos	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Cortadas, raspaduras, quemaduras o heridas abiertas en la piel	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Cortadas, raspaduras, quemaduras o heridas abiertas en la piel	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Fracturas, huesos rotos o dislocados	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Fracturas, huesos rotos o dislocados	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Daños en los órganos internos o sangrado interno	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Daños en los órganos internos o sangrado interno	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Lesión de la cabeza o pérdida del conocimiento	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Lesión de la cabeza o pérdida del conocimiento	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Pérdida temporal o definitiva de la función de un órgano, o parte del cuerpo	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Pérdida temporal o definitiva de la función de un órgano, o parte del cuerpo	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>		Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	
Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>		Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	
En casa, escaleras, cocina, parqueadero	<input type="text" value="1"/>		En casa, escaleras, cocina, parqueadero	<input type="text" value="1"/>	
En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico	<input type="text" value="2"/>		En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico	<input type="text" value="2"/>	
En la calle, pero no fue un accidente de tráfico	<input type="text" value="3"/>		En la calle, pero no fue un accidente de tráfico	<input type="text" value="3"/>	
En el trabajo	<input type="text" value="4"/>		En el trabajo	<input type="text" value="4"/>	
En el lugar donde estudia: escuela, colegio, guardería	<input type="text" value="5"/>		En el lugar donde estudia: escuela, colegio, guardería	<input type="text" value="5"/>	
En una instalación deportiva	<input type="text" value="6"/>		En una instalación deportiva	<input type="text" value="6"/>	
En una zona recreativa o de ocio	<input type="text" value="7"/>		En una zona recreativa o de ocio	<input type="text" value="7"/>	
En otro lugar	<input type="text" value="8"/>		En otro lugar	<input type="text" value="8"/>	
Consultó a un(a) médico(a) o enfermero(a)	<input type="text" value="1"/>		Consultó a un(a) médico(a) o enfermero(a)	<input type="text" value="1"/>	
Acudió a un centro de salud	<input type="text" value="2"/>		Acudió a un centro de salud	<input type="text" value="2"/>	
Ingresó en un hospital	<input type="text" value="3"/>		Ingresó en un hospital	<input type="text" value="3"/>	
No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	<input type="text" value="4"/>		No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	<input type="text" value="4"/>	
Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales	<input type="text" value="1"/>		Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales	<input type="text" value="1"/>	
Fracturas o heridas profundas	<input type="text" value="2"/>		Fracturas o heridas profundas	<input type="text" value="2"/>	
Envenenamiento o intoxicación	<input type="text" value="3"/>		Envenenamiento o intoxicación	<input type="text" value="3"/>	
Quemaduras	<input type="text" value="4"/>		Quemaduras	<input type="text" value="4"/>	
Otros efectos	<input type="text" value="5"/>		Otros efectos	<input type="text" value="5"/>	
1 <input type="text" value="1"/> 2 <input type="text" value="2"/> 3 <input type="text" value="3"/> 4 <input type="text" value="4"/> 5 <input type="text" value="5"/> 6 <input type="text" value="6"/> 7 <input type="text" value="7"/>			1 <input type="text" value="1"/> 2 <input type="text" value="2"/> 3 <input type="text" value="3"/> 4 <input type="text" value="4"/> 5 <input type="text" value="5"/> 6 <input type="text" value="6"/> 7 <input type="text" value="7"/>		
1 <input type="text" value="1"/> 2 <input type="text" value="2"/> 3 <input type="text" value="3"/> 4 <input type="text" value="4"/> 5 <input type="text" value="5"/> 6 <input type="text" value="6"/> 7 <input type="text" value="7"/>			1 <input type="text" value="1"/> 2 <input type="text" value="2"/> 3 <input type="text" value="3"/> 4 <input type="text" value="4"/> 5 <input type="text" value="5"/> 6 <input type="text" value="6"/> 7 <input type="text" value="7"/>		
Tiene caries	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Tiene caries	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Le han extraído dientes, muelas	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Le han extraído dientes, muelas	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Lleva coronas, puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Lleva coronas, puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Le faltan dientes, muelas que no han sido sustituidos por prótesis	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Le faltan dientes, muelas que no han sido sustituidos por prótesis	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales	Si <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>

La última vez que acudió, ¿cuáles/o cuáles de los siguientes tipos de atención recibió?	26	Revisión o chequeo	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
		Limpieza de boca	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
		Calzas o tratamiento de conducto	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
		Extracción de algún diente, muela	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
		Algún tipo de prótesis	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
		Tratamiento de las enfermedades de las encías	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
		Aplicación de flúor	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
		Otro tipo de asistencia	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>

¿..... padece o ha padecido alguna vez alguna de estas enfermedades?	Enfermedades o problemas de salud – Mayores de 18 años			
	¿La ha padecido alguna vez?	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	¿Le ha dicho a un médico que la padece?	¿Ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este
Enfermedad o problema				
1. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Insuficiencia renal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Enfermedades de los huesos, lesiones limitantes del uso de los huesos Artrosis, artritis o reumatismo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Tumores malignos, cáncer	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. Enfermedades mentales, trastornos de la consciencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. Asma, alergias crónicas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

	Enfermedades o problemas de salud – 17 o menos años			
	¿La ha padecido alguna vez?	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	¿Le ha dicho a un médico que la padece?	¿Ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este
Enfermedad o problema				
1. Alergia crónica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Asma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Tumores malignos (leucemia, linfoma.....)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Epilepsia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Trastornos de la conducta (hiperactividad...)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad, ...)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Para controlar esta(s) enfermedad(s) cada cuánto recibe asistencia o va a la institución de salud?	28	Varias veces al mes	<input type="text" value="1"/>
		Una vez al mes	<input type="text" value="2"/>
		Cada 2 o 3 meses	<input type="text" value="3"/>
		Cada 4, 5 o 6 meses	<input type="text" value="4"/>
		Entre 7 y 11 meses	<input type="text" value="5"/>
		Cada año	<input type="text" value="6"/>
		Esporádicamente	<input type="text" value="7"/>
		Nunca	<input type="text" value="8"/>
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Si en al menos una de las opciones de Preg. 26 respondió SI, de lo contrario pase a 30 </div>	

Para tratar los problemas de salud, ¿también acudió a:?	29	Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista	<input type="text" value="1"/>	} Pase a 30
		Tratamientos complementarios o alternativos (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)	<input type="text" value="1"/>	
		Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero	<input type="text" value="1"/>	
		Otro	<input type="text" value="1"/>	
		Ninguno	<input type="text" value="2"/>	

¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o no recibió atención médica?	30	La enfermedad está controlada	<input type="text" value="1"/>
		No tuvo tiempo	<input type="text" value="2"/>
		El centro de atención queda lejos	<input type="text" value="3"/>
		Demora en la cotización a la EPS	<input type="text" value="4"/>
		Los tratamientos no han sido efectivos	<input type="text" value="5"/>
		Muchos trámites para la cita	<input type="text" value="6"/>

Revisión o chequeo	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
Limpieza de boca	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
Calzas o tratamiento de conducto	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
Extracción de algún diente, muela	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
Algún tipo de prótesis	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
Tratamiento de las enfermedades de las encías	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
Aplicación de flúor	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>
Otro tipo de asistencia	Si	<input type="text" value="1"/>	No	<input type="text" value="2"/>

Enfermedades o problemas de salud – Mayores de 18 años

¿La ha padecido alguna vez?	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	¿Le ha dicho a un médico que la padece?	¿Ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Enfermedades o problemas de salud – Mayores de 18 años

¿La ha padecido alguna vez?	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	¿Le ha dicho a un médico que la padece?	¿Ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Enfermedades o problemas de salud – 17 o menos años

¿La ha padecido alguna vez?	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	¿Le ha dicho a un médico que la padece?	¿Ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Enfermedades o problemas de salud – 17 o menos años

¿La ha padecido alguna vez?	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	¿Le ha dicho a un médico que la padece?	¿Ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Varias veces al mes	<input type="text" value="1"/>
Una vez al mes	<input type="text" value="2"/>
Cada 2 o 3 meses	<input type="text" value="3"/>
Cada 4, 5 o 6 meses	<input type="text" value="4"/>
Entre 7 y 11 meses	<input type="text" value="5"/>
Cada año	<input type="text" value="6"/>
Esporádicamente	<input type="text" value="7"/>
Nunca	<input type="text" value="8"/>

→ Pase a 29

Varias veces al mes	<input type="text" value="1"/>
Una vez al mes	<input type="text" value="2"/>
Cada 2 o 3 meses	<input type="text" value="3"/>
Cada 4, 5 o 6 meses	<input type="text" value="4"/>
Entre 7 y 11 meses	<input type="text" value="5"/>
Cada año	<input type="text" value="6"/>
Esporádicamente	<input type="text" value="7"/>
Nunca	<input type="text" value="8"/>

→ Pase a 29

Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista	<input type="text" value="1"/>
Tratamientos complementarios o alternativos (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)	<input type="text" value="1"/>
Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero	<input type="text" value="1"/>
Otro	<input type="text" value="1"/>
Ninguno	<input type="text" value="2"/>

} Pase a 30

Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista	<input type="text" value="1"/>
Tratamientos complementarios o alternativos (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)	<input type="text" value="1"/>
Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero	<input type="text" value="1"/>
Otro	<input type="text" value="1"/>
Ninguno	<input type="text" value="2"/>

} Pase a 30

La enfermedad está controlada	<input type="text" value="1"/>
No tuvo tiempo	<input type="text" value="2"/>
El centro de atención queda lejos	<input type="text" value="3"/>
Demora en la cotización a la EPS	<input type="text" value="4"/>
Los tratamientos no han sido efectivos	<input type="text" value="5"/>
Muchos trámites para la cita	<input type="text" value="6"/>

La enfermedad está controlada	<input type="text" value="1"/>
No tuvo tiempo	<input type="text" value="2"/>
El centro de atención queda lejos	<input type="text" value="3"/>
Demora en la cotización a la EPS	<input type="text" value="4"/>
Los tratamientos no han sido efectivos	<input type="text" value="5"/>
Muchos trámites para la cita	<input type="text" value="6"/>

<p>Durante los últimos 30 días . . . utilizó servicios de salud para:</p>	<p>31</p>	<p>a. Consulta médica: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Consulta médica con especialista: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Consulta o tratamiento odontológico: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Vacunas: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Medicamentos o remedios: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Terapias alternativas (homeopatía, acupuntura, esencias florales, musicoterapia): Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p>
<p>En la última consulta relacionada con la salud de _____, ¿usted u otra persona pagó o va a pagar directamente.....?</p>	<p>32</p>	<p>a. Por cuota moderadora del POS por la consulta (cuota de recuperación o copago): Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>b. Por vale o bono de medicina prepagada: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>c. Por consulta particular: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>d. ¿Pagó o va a pagar por medicamentos? Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>e. Por materiales u otros elementos para la atención: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>f. Por exámenes de laboratorio o Rayos X: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>g. Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud: Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p>
<p>En general, considera que la calidad del servicio fue:</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">Si en al menos una de las opciones de Preg. 30 respondió SI, de lo contrario pase a 40</p>	<p>33</p>	<p>Buena <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Pase a 34 Regular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad del servicio recibido?</p>	<p>34</p>	<p>Trámites excesivos y/o dispendiosos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Mala atención del personal administrativo y/o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Condiciones deficientes de infraestructura dotación y/o mobiliario <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en salud, en los últimos 30 días (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)?</p>	<p>35</p>	<p>Entidad de seguridad social de la cual es afiliado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Servicio médico de la empresa, médico particular <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Seguro obligatorio de accidentes, de tránsito (SOAT) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Secretaría de salud o la alcaldía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Recursos propios y/o familiares <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>Por esta enfermedad, ¿a le formularon medicamentos?</p>	<p>36</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 38</p>
<p>¿Le explicaron cómo darle los medicamentos a?</p>	<p>37</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Le explicaron qué hacer para obtener los medicamentos que le formularon a?</p>	<p>38</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>

<p>a. Consulta médica: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>b. Consulta médica con especialista: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>c. Consulta o tratamiento odontológico: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>d. Vacunas: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>e. Medicamentos o remedios: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>f. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>g. Terapias alternativas (homeopatía, acupuntura, esencias florales, musicoterapia): Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>a. Consulta médica: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>b. Consulta médica con especialista: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>c. Consulta o tratamiento odontológico: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y la consulta _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>d. Vacunas: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>e. Medicamentos o remedios: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>f. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>g. Terapias alternativas (homeopatía, acupuntura, esencias florales, musicoterapia): Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Días transcurridos entre la solicitud y el servicio _____ No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p>
<p>a. Por cuota moderadora del POS por la consulta (cuota de recuperación o copago): Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>b. Por vale o bono de medicina prepagada: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>c. Por consulta particular: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>d. ¿Pagó o va a pagar por medicamentos? Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>e. Por materiales u otros elementos para la atención: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>f. Por exámenes de laboratorio o Rayos X: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>g. Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p>	<p>a. Por cuota moderadora del POS por la consulta (cuota de recuperación o copago): Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>b. Por vale o bono de medicina prepagada: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>c. Por consulta particular: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>d. ¿Pagó o va a pagar por medicamentos? Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>e. Por materiales u otros elementos para la atención: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>f. Por exámenes de laboratorio o Rayos X: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p> <p>g. Por férulas, ortopédicos u otros elementos para la salud: Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/> ↳ Cuánto?: \$ _____</p>
<p>Buena <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> → Pase a 34 Regular <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> Mala <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Buena <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> → Pase a 34 Regular <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> Mala <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p>
<p>Trámites excesivos y/o dispendiosos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Mala atención del personal administrativo y/o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura dotación y/o mobiliario <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Otro <input type="text" value="5"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Trámites excesivos y/o dispendiosos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Mala atención del personal administrativo y/o asistencial (médicos, enfermeras, etc.) <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Condiciones deficientes de infraestructura dotación y/o mobiliario <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Otro <input type="text" value="5"/> <input type="text" value=""/></p>
<p>Entidad de seguridad social de la cual es afiliado <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Servicio médico de la empresa, médico particular <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Seguro obligatorio de accidentes, de tránsito (SOAT) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Secretaría de salud o la alcaldía <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Recursos propios y/o familiares <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Entidad de seguridad social de la cual es afiliado <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Servicio médico de la empresa, médico particular <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Seguro obligatorio de accidentes, de tránsito (SOAT) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Secretaría de salud o la alcaldía <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Recursos propios y/o familiares <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p>Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> → Pase a 38</p>	<p>Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> → Pase a 38</p>
<p>Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>
<p>Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/></p>

LI .FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más)		
NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS REGISTRADAS		01
¿En qué actividad ocupó la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA?	1	Trabajando <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No trabajó pero sí tenía trabajo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> } Pase a 4
Además de lo anterior, ¿..... realizó la SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más?	2	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿ Si ... tiene más de un trabajo, hablemos del principal. Cuál es la ocupación, oficio o trabajo que tiene en su trabajo principal?	3	_____
¿Cuáles son las tareas o actividades que hace en este trabajo?	4	_____
¿A qué actividad se dedica principalmente la entidad, empresa o negocio en el que realiza su trabajo	5	_____
¿En ese trabajo, usted es:	6	Empleado(a) obrero(a) en empresa de 1 a 5 trabajadores <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Empleado(a) obrero(a) en empresa de 6 o más trabajadores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Trabajador(a) independiente, no profesional en actividades no agropecuarias <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Trabajador(a) independiente, no profesional en una finca o actividad agropecuaria? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Profesional, que trabaja en forma independiente <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Trabajador(a) en servicio doméstico <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Trabajador sin pago en el negocio o predio familiar? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
Para quien trabaja ... es una empresa del gobierno, una persona o una entidad sin ánimo de lucro o empresa privada?	7	Entidad gubernamental pase a Trabajo en entidad gubernamental <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Pase a trabajo gubernamental Una persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a empleado u obrero Empresa privada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> } Pase a Empleado u obrero Empresa sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> →
¿La actividad a que se dedica es su propio negocio, el ejercicio de su profesión o una finca propia?	8	Propio negocio o empresa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Pase a 9 Ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a trabajador profesional independiente Finca <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → Pase a Finca
¿Usted es el único dueño o hay otros propietarios en el negocio o entidad?	9	Es único dueño <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11 Hay otros propietarios <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Qué proporción o porcentaje es de su propiedad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Como propietario, usted tiene sólo capital o es un socio activo en el negocio?	10	Sólo capital <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a A38 Socio activo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a A18
¿A quien ofrece sus productos o servicios	11	A una sola empresa, negocio o intermediario? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> A varios negocios, empresas o intermediarios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Directamente al público? <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Es autoconsumo agropecuario <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿... tiene empleados o le ayudan personas en su negocio o actividad?	12	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿... Tiene	13	Un solo tipo de negocio (o actividad)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Varios tipos de negocios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Cuántos puestos o establecimientos forman este negocio o empresa?	14	¿Uno solo? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ¿Más de uno? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Cuántos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tiene puesto o establecimiento <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
De las personas que ocupa o le ayudan a¿cuántos son	15	Trabajadores que reciben un pago? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Socios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Trabajadores sin pago? <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Solo, no tiene trabajadores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Contratistas <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿Cuántas personas son empleadas en forma casual o por temporada?	16	Número <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coloque 00 → Pase a A18
Si usted fuera a vender su negocio ¿Si usted fuera a vender su finca ¿ cuánto cree que le podrían pagar?	17	Valor \$: _____
¿Su negocio está registrado legalmente tiene razón social?	18	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Cuántos años hace que usted es maneja esta empresa o negocio?	19	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pasar a Trabajo secundario

02	03
Trabajando <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Trabajando <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
No trabajó pero sí tenía trabajo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> } Pase a 4	No trabajó pero sí tenía trabajo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> } Pase a 4
Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Empleado(a) obrero(a) en empresa de 1 a 5 trabajadores <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Empleado(a) obrero(a) en empresa de 1 a 5 trabajadores <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Empleado(a) obrero(a) en empresa de 6 o más trabajadores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Empleado(a) obrero(a) en empresa de 6 o más trabajadores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Trabajador(a) independiente, no profesional en actividades no agropecuarias <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) independiente, no profesional en actividades no agropecuarias <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Trabajador(a) independiente, no profesional en una finca o actividad agropecuaria? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) independiente, no profesional en una finca o actividad agropecuaria? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Profesional, que trabaja en forma independiente <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Profesional, que trabaja en forma independiente <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Trabajador(a) en servicio doméstico <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Trabajador(a) en servicio doméstico <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Trabajador sin pago en el negocio o predio familiar? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Trabajador sin pago en el negocio o predio familiar? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
Entidad gubernamental pase a Trabajo en entidad gubernamental Una persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entidad gubernamental pase a Trabajo en entidad gubernamental Una persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a empleado u obrero	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a empleado u obrero
Empresa privada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Empresa privada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> → Pase a Empleado u obrero	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> → Pase a Empleado u obrero
Empresa sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Empresa sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Propio negocio o empresa Ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Propio negocio o empresa Ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a trabajador profesional independiente	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Pase a trabajador profesional independiente
Finca <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → Pase a Finca	Finca <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → Pase a Finca
Es único dueño <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11	Es único dueño <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a 11
Hay otros propietarios <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Hay otros propietarios <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Qué proporción o porcentaje es de su propiedad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Qué proporción o porcentaje es de su propiedad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sólo capital <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a A38	Sólo capital <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase a A38
Socio activo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a A18	Socio activo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a A18
A una sola empresa, negocio o intermediario? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	A una sola empresa, negocio o intermediario? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
A varios negocios, empresas o intermediarios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	A varios negocios, empresas o intermediarios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Directamente al público? <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Directamente al público? <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Es autoconsumo agropecuario <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Es autoconsumo agropecuario <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Un solo tipo de negocio (o actividad)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Un solo tipo de negocio (o actividad)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Varios tipos de negocios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Varios tipos de negocios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Uno solo? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	¿Uno solo? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
¿Más de uno? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Cuántos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Más de uno? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Cuántos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
No tiene puesto o establecimiento <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	No tiene puesto o establecimiento <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Trabajadores que reciben un pago? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Trabajadores que reciben un pago? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Socios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Socios? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Trabajadores sin pago? <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Trabajadores sin pago? <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Solo, no tiene trabajadores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Solo, no tiene trabajadores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Contratistas <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Contratistas <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Número <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ninguna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coloque 00 → Pase a A18	Ninguna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coloque 00 → Pase a A18
Valor \$: _____	Valor \$: _____
Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pasar a Trabajo secundario	Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → Pasar a Trabajo secundario

FINCA

¿A qué se dedica o qué se produce principalmente en esta finca?	1	Agricultura <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Ganadería <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Silvicultura <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
¿ De las personas que ocupa o le ayudan a ...¿cuántos son	2	Trabajadores que reciben un pago? <input type="text"/> <input type="text"/> Socios? <input type="text"/> <input type="text"/> Trabajadores sin pago? <input type="text"/> <input type="text"/> Aparceros <input type="text"/> <input type="text"/> Solo, no tiene trabajadores <input type="text"/> <input type="text"/> Escriba 00 No sabe <input type="text"/> <input type="text"/> Escriba 99
¿Cuántas personas son empleadas en forma casual o por temporada?	3	Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna <input type="text"/> <input type="text"/> Coloque 00 → Pase a A18
En promedio ¿cuántas semanas al año emplea a esas personas?	4	Semanas <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántos años hace que usted maneja esa finca?	5	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Es usted propietario de esta finca o la tiene en arriendo?	6	Propia con título de propiedad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Propia sin título de propiedad <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> En arriendo pagado en dinero <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Aparcería pagando en trabajo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>
¿Si usted fuera a vender esta finca ¿cuánto cree que le podrían pagar?	7	Valor de tierra: _____ Millones de \$ Valor de construcciones: _____ Millones de \$ Valor de equipos y herramientas: _____ Millones de \$
¿Esta finca está constituida como sociedad o empresa?	8	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a módulo de trabajo secundario
Destino del producto ¿a quién ofrece sus productos?	9	Venta <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Autoconsumo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Trueque <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>
¿Cuántos lotes o parcelas tiene su finca?	10	Número: _____
¿Cuantas hectáreas tiene su finca?	11	Número: _____
¿La finca está registrada legalmente, tiene razón social?	12	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> } Pase a módulo de trabajo secundario No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		
¿Es usted el único propietario de esta oficina, consultorio, negocio profesional o hay otros propietarios?	1	1. Único propietario <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 3 2. Hay otros propietarios <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
La oficina, consultorio o negocio profesional está constituido como:	2	Es una sociedad en comandita o de capital y trabajo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Es una sociedad de hecho sin contrato <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
¿De qué porcentaje es usted propietario?	3	Porcentaje <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuantas personas (sin contar sus socios) tiene empleados como asalariados o contratistas la ejecución de los trabajos en el ejercicio de su profesión?	4	Número de asalariados <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Número de contratistas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿A quien ofrece sus productos o servicios	5	A una sola empresa, negocio o intermediario? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> A varios negocios, empresas o intermediarios? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Directamente al público? <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otra <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
¿Las actividades que usted realiza las desarrolla	6	Dentro de su vivienda <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En un puesto fijo en la calle <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> En un puesto móvil <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> En el domicilio u oficina de los clientes <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> En un local u oficina fuera de la vivienda <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>
Cuánto tiempo hace que tiene oficina, consultorio o negocio profesional?	7	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Alguna parte del ingreso percibido por el ejercicio de su profesión o negocio profesional proviene directamente de una entidad gubernamental?	8	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a 10
¿Qué porcentaje de sus ingresos equivale lo que percibe de esa entidad o entidades?	9	Porcentaje <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿La oficina, consultorio o negocio profesional está registrada legalmente, tiene razón social?	10	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> } Pase a módulo de trabajo secundario No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>

Agricultura <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Ganadería <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Silvicultura <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	Agricultura <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Ganadería <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Silvicultura <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
Trabajadores que reciben un pago? <input type="text"/> <input type="text"/> Socios? <input type="text"/> <input type="text"/> Trabajadores sin pago? <input type="text"/> <input type="text"/> Aparceros <input type="text"/> <input type="text"/> Solo, no tiene trabajadores <input type="text"/> <input type="text"/> Escriba 00 No sabe <input type="text"/> <input type="text"/> Escriba 99	Trabajadores que reciben un pago? <input type="text"/> <input type="text"/> Socios? <input type="text"/> <input type="text"/> Trabajadores sin pago? <input type="text"/> <input type="text"/> Aparceros <input type="text"/> <input type="text"/> Solo, no tiene trabajadores <input type="text"/> <input type="text"/> Escriba 00 No sabe <input type="text"/> <input type="text"/> Escriba 99
Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna <input type="text"/> <input type="text"/> Coloque 00 → Pase a A18	Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna <input type="text"/> <input type="text"/> Coloque 00 → Pase a A18
Semanas <input type="text"/> <input type="text"/>	Semanas <input type="text"/> <input type="text"/>
Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
Propia con título de propiedad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Propia sin título de propiedad <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> En arriendo pagado en dinero <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Aparcería pagando en trabajo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Propia con título de propiedad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Propia sin título de propiedad <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> En arriendo pagado en dinero <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Aparcería pagando en trabajo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>
Valor de tierra: _____ Millones de \$ Valor de construcciones: _____ Millones de \$ Valor de equipos y herramientas: _____ Millones de \$	Valor de tierra: _____ Millones de \$ Valor de construcciones: _____ Millones de \$ Valor de equipos y herramientas: _____ Millones de \$
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a módulo de trabajo secundario	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a módulo de trabajo secundario
Venta <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Autoconsumo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Trueque <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Venta <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Autoconsumo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Trueque <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>
Número: _____	Número: _____
Número: _____	Número: _____
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> } Pase a módulo de trabajo secundario No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> }	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> } Pase a módulo de trabajo secundario No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> }
1. Único propietario <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 3 2. Hay otros propietarios <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	1. Único propietario <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 3 2. Hay otros propietarios <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
Es una sociedad en comandita o de capital y trabajo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Es una sociedad de hecho sin contrato <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Es una sociedad en comandita o de capital y trabajo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Es una sociedad de hecho sin contrato <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
Porcentaje <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Porcentaje <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de asalariados <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Número de contratistas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de asalariados <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Número de contratistas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A una sola empresa, negocio o intermediario? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> A varios negocios, empresas o intermediarios? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Directamente al público? <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otra <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	A una sola empresa, negocio o intermediario? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> A varios negocios, empresas o intermediarios? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Directamente al público? <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otra <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>
Dentro de su vivienda <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En un puesto fijo en la calle <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> En un puesto móvil <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> En el domicilio u oficina de los clientes <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> En un local u oficina fuera de la vivienda <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Dentro de su vivienda <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En un puesto fijo en la calle <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> En un puesto móvil <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> En el domicilio u oficina de los clientes <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> En un local u oficina fuera de la vivienda <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>
Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a 10	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a 10
Porcentaje <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Porcentaje <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> } Pase a módulo de trabajo secundario No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> }	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> } Pase a módulo de trabajo secundario No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> }

TRABAJO SIN REMUNERACION EN UN NEGOCIO FAMILIAR O FINCA

¿Trabaja en un negocio familiar o en una finca?	1	Negocio familiar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	→ Pase a 3
		Finca o actividad agropecuaria <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	
En el negocio o finca ¿hay algunos de los trabajadores reciben salario? Por ejemplo personas que no son miembros de la familia que trabajan por el salario?	2	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	→ Pase a 23
¿Cuántas personas están empleadas de forma permanente?	3	Número <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguna <input type="text"/> <input type="text"/> Coloque 00	
Además de usted, ¿qué miembros del hogar trabajan en este negocio o finca?	4	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	
¿Cuánto tiempo hace que su familia es propietaria de este negocio o finca?	5	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si su familia fuera a vender este negocio o finca, ¿Cuánto cree que sería su valor?	6	Valor \$: _____	<input type="text" value="Pase a módulo de trabajo secundario"/>

TRABAJADORES EN UNA ENTIDAD GUBERNAMENTAL

¿La entidad donde usted trabaja pertenece al gobierno central, departamental o distrital?	1	Nacional <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Departamental <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Municipal o Distrital <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	
En el lugar donde trabaja, las personas que tienen el mismo nivel del cargo que usted ocupa tienen un tipo de contrato:	2	De planta o por tiempo indefinido? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Temporal o por obra determinada? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	
¿Cuál es el número de horas que normalmente trabaja en el día?	3	Número de horas <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text"/> <input type="text"/> Coloque 99	
¿En el puesto de trabajo dentro de la empresa que usted ocupa, las promociones en el trabajo que implican aumentos significativos en la remuneración y cambio de responsabilidades sólo las consiguen:	4	Algunos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Muy pocos <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Ninguno <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="Pase a módulo de trabajo secundario"/>

SECCION B – OBREROS Y EMPLEADOS EN EMPRESAS PRIVADAS

¿Qué tanto considera usted que en la ejecución de su trabajo requiere de un esfuerzo físico?	1	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Un esfuerzo mediano <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Ningún esfuerzo físico <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	
¿Qué nivel de educación formal es requerido para ser contratado en el puesto que usted ocupa?	2	Ninguno <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Primaria incompleta <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Primaria completa <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Secundaria incompleta <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Secundaria completa <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Tecnológica <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Estudios universitarios, sin grado <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Grado universitario de pregrado <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Especialización universitaria <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Maestría o doctorado <input type="text" value="10"/> <input type="text"/>	
¿Se requieren haber hecho cursos especiales de capacitación laboral para ser contratado en su puesto de trabajo?	3	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	→ Pase a 5
¿Qué duración requiere la aprobación de esos cursos?	4	Número de meses <input type="text"/> <input type="text"/>	
¿Cuántos años de experiencia son requeridos para ser contratado en su puesto?	5	Número de años: <input type="text"/> <input type="text"/> Ninguno <input type="text"/> <input type="text"/> Escriba 00	
¿En el lugar donde trabaja dentro de la empresa, las promociones en el trabajo que implican aumentos significativos en la remuneración y cambio de responsabilidades sólo las consiguen:	6	Algunos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Muy pocos <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Ninguno <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	
¿La empresa o negocio para la cual trabaja, tiene: (Lea las opciones y señale la indicada por el informante)	7	Un solo tipo de negocio o tipo de actividad? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Varios tipos de negocios o tipo de actividad? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	
¿Cuántas divisiones, plantas, sucursales o establecimientos conforman este negocio o empresa? (Lea las opciones y señale la indicada por el informante)	8	¿Uno solo? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> ¿Más de uno? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> No tiene planta o local <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	
¿Aproximadamente cuántas personas, incluyendo al dueño, laboran donde usted trabaja ...?	9	Menos de de 5 personas <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> De 6 a 10 personas <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> De 11 a 15 personas <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> De 16 a 20 personas <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> De 21 a 30 personas <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> De 31 a 50 personas <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> De 51 a 100 personas <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> De 101 a 250 personas <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> De 251 a 500 personas <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> De 501 y más personas <input type="text" value="10"/> <input type="text"/> No sabe <input type="text" value="99"/> <input type="text"/>	

Negocio familiar <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> Finca o actividad agropecuaria <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/>	Negocio familiar <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Finca o actividad agropecuaria <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/>
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> → Pase a 23	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> → Pase a 23
Número <input type="text" value=""/> Ninguna <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Coloque 00	Número <input type="text" value=""/> Ninguna <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Coloque 00
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/>
Años <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Meses <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Años <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Meses <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Valor \$: _____ Pase a módulo de trabajo secundario	Valor \$: _____ Pase a módulo de trabajo secundario
Nacional <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Departamental <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Municipal o Distrital <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/>	Nacional <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Departamental <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Municipal o Distrital <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/>
De planta o por tiempo indefinido? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Temporal o por obra determinada? <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/>	De planta o por tiempo indefinido? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Temporal o por obra determinada? <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/>
Número de horas <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> No sabe <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> Coloque 99	Número de horas <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> No sabe <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> Coloque 99
Algunos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Muy pocos <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Ninguno <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/> Pase a módulo de trabajo secundario	Algunos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Muy pocos <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Ninguno <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/> Pase a módulo de trabajo secundario
Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Un esfuerzo mediano <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Ningún esfuerzo físico <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/>	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Un esfuerzo mediano <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Ningún esfuerzo físico <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/>
Ninguno <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Primaria incompleta <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Primaria completa <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/> Secundaria incompleta <input type="text" value="4"/> <input type="text" value"=""/> Secundaria completa <input type="text" value="5"/> <input type="text" value"=""/> Tecnológica <input type="text" value="6"/> <input type="text" value"=""/> Estudios universitarios, sin grado <input type="text" value="7"/> <input type="text" value"=""/> Grado universitario de pregrado <input type="text" value="8"/> <input type="text" value"=""/> Especialización universitaria <input type="text" value="9"/> <input type="text" value"=""/> Maestría o doctorado <input type="text" value="10"/> <input type="text" value"=""/>	Ninguno <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Primaria incompleta <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Primaria completa <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/> Secundaria incompleta <input type="text" value="4"/> <input type="text" value"=""/> Secundaria completa <input type="text" value="5"/> <input type="text" value"=""/> Tecnológica <input type="text" value="6"/> <input type="text" value"=""/> Estudios universitarios, sin grado <input type="text" value="7"/> <input type="text" value"=""/> Grado universitario de pregrado <input type="text" value="8"/> <input type="text" value"=""/> Especialización universitaria <input type="text" value="9"/> <input type="text" value"=""/> Maestría o doctorado <input type="text" value="10"/> <input type="text" value"=""/>
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> → Pase a 5	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> → Pase a 5
Número de meses <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Número de meses <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Número de años: <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> Ninguno <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> Escriba 00	Número de años: <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> Ninguno <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> Escriba 00
Algunos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Muy pocos <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Ninguno <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/>	Algunos <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Muy pocos <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> Ninguno <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/>
Un solo tipo de negocio o tipo de actividad? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Varios tipos de negocios o tipo de actividad? <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/>	Un solo tipo de negocio o tipo de actividad? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> Varios tipos de negocios o tipo de actividad? <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/>
¿Uno solo? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> ¿Más de uno? <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> → Cuántos? <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> No tiene planta o local <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value"=""/>	¿Uno solo? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> ¿Más de uno? <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> → Cuántos? <input type="text" value=""/> <input type="text" value"=""/> No tiene planta o local <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/> No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text" value"=""/>
Menos de de 5 personas <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> De 6 a 10 personas <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> De 11 a 15 personas <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/> De 16 a 20 personas <input type="text" value="4"/> <input type="text" value"=""/> De 21 a 30 personas <input type="text" value="5"/> <input type="text" value"=""/> De 31 a 50 personas <input type="text" value="6"/> <input type="text" value"=""/> De 51 a 100 personas <input type="text" value="7"/> <input type="text" value"=""/> De 101 a 250 personas <input type="text" value="8"/> <input type="text" value"=""/> De 251 a 500 personas <input type="text" value="9"/> <input type="text" value"=""/> De 501 y más personas <input type="text" value="10"/> <input type="text" value"=""/> No sabe <input type="text" value="99"/> <input type="text" value"=""/>	Menos de de 5 personas <input type="text" value="1"/> <input type="text" value"=""/> De 6 a 10 personas <input type="text" value="2"/> <input type="text" value"=""/> De 11 a 15 personas <input type="text" value="3"/> <input type="text" value"=""/> De 16 a 20 personas <input type="text" value="4"/> <input type="text" value"=""/> De 21 a 30 personas <input type="text" value="5"/> <input type="text" value"=""/> De 31 a 50 personas <input type="text" value="6"/> <input type="text" value"=""/> De 51 a 100 personas <input type="text" value="7"/> <input type="text" value"=""/> De 101 a 250 personas <input type="text" value="8"/> <input type="text" value"=""/> De 251 a 500 personas <input type="text" value="9"/> <input type="text" value"=""/> De 501 y más personas <input type="text" value="10"/> <input type="text" value"=""/> No sabe <input type="text" value="99"/> <input type="text" value"=""/>

SECCIÓN C- SUPERVISIÓN

Dentro de las funciones asignadas en su trabajo, ¿usted supervisa el trabajo de otros empleados o debe decirles a ellos que tareas deben hacer?	1	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> → Pase a 3 No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>
En otros trabajos, usted ha tenido que supervisar el trabajo de otros empleados o decirles a ellos que trabajo deben hacer?	2	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> → Pase a sección D
Cuántas personas supervisa en forma directa?	3	Número: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> → Si es mayor que 1 pase a 5
¿Cuáles son las actividades de esta persona?	4	Trabajan en taller o planta de producción <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> Trabajan en oficina como empleados <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> Trabajan en oficina y son empleados y profesionales <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="4"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
¿Alguno o algunos de su subordinado tiene o son, a su vez, responsables de otras personas?	5	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>

6. Como parte de sus labores, usted es responsable directamente de las siguientes actividades: en primer lugar, ¿decidir las tareas específicas o las asignaciones de trabajo ejecutadas por sus subordinados?

¿Decidir las tareas específicas o las asignaciones de trabajo ejecutadas por sus subordinados?	6	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>
Decidir qué procedimientos, herramientas o materiales, que sus subordinados deben hacer o tener al hacer el trabajo		Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>
Establecer qué tan rápido ellos deben trabajar, por cuánto tiempo ellos trabajan o la cantidad de trabajo deben tener hecho		Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>

7. Nos gustaría saber si como parte de su trabajo, usted puede influir en el pago, la promoción, el ascenso o las sanciones disciplinarias de las personas que usted supervisa. Para cada una de las siguientes decisiones facultades que voy a leer, por favor dígame si usted tiene alguna influencia en ella. La primera es la que se refiere a otorgar un aumento de salario o una promoción a un subordinado. ¿Usted tiene alguna influencia en ellas?

Otorgar un aumento de salario o una promoción a un subordinado (Si responde no continúa con la siguiente) Impedir que un subordinado logre un aumento o promoción debido a las fallas en el trabajo o mala conducta. ¿Tiene alguna influencia en esto? (Si responde no continúa con la siguiente) Despedir o suspender temporalmente a un subordinado. ¿Tiene alguna influencia en esto? (Si responde no continúa con la siguiente) Hacer una llamada de atención por escrito a un subordinado. ¿Tiene alguna influencia en esto?	7	7A. ¿Quién tiene la autoridad más alta para decidir la medida, usted o alguien de nivel más alto en la empresa? <table border="1"> <tr> <th>Encuestado</th> <th>Alguien de nivel más alto</th> <th>Igual</th> </tr> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Encuestado	Alguien de nivel más alto	Igual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7B. (Si responde igual en 7A, pregunte) pero en últimas, ¿quién diría que tiene la mayor incidencia? <table border="1"> <tr> <th>Encuestado</th> <th>Alguien de nivel más alto</th> </tr> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Encuestado	Alguien de nivel más alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encuestado	Alguien de nivel más alto	Igual										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Encuestado	Alguien de nivel más alto											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

SECCIÓN D- TOMA DE DECISIONES

La siguiente pregunta tiene que ver con la decisión de políticas en el lugar donde trabaja; por ejemplo, la toma de decisiones sobre los productos o servicios que la empresa ofrece, sobre cuál debe ser el total de personas empleadas, sobre presupuestos y cosas de ese tipo. ¿Usted participa en la toma de esta clase de decisiones o al menos le piden su consejo sobre esos asuntos?	D1	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> → Pase a D3
--	----	---

Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 3 No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 3 No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																								
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a sección D	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a sección D																																																																								
Número: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → Si es mayor que 1 pase a 5	Número: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → Si es mayor que 1 pase a 5																																																																								
Trabajan en taller o planta de producción <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Trabajan en oficina como empleados <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Trabajan en oficina y son empleados y profesionales <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/>	Trabajan en taller o planta de producción <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Trabajan en oficina como empleados <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Trabajan en oficina y son empleados y profesionales <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/>																																																																								
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																																								
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">7A. ¿Quién tiene la autoridad más alta para decidir la medida, usted o alguien de nivel más alto en la empresa?</td> <td colspan="3" style="padding: 2px;">7B. (Si responde igual en 7A, pregunte) pero en últimas, ¿quién diría que tiene la mayor incidencia?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Encuestado</td> <td style="padding: 2px;">Alguien de nivel más alto</td> <td style="padding: 2px;">Igual</td> <td style="padding: 2px;">Encuestado</td> <td style="padding: 2px;">Alguien de nivel más alto</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	7A. ¿Quién tiene la autoridad más alta para decidir la medida, usted o alguien de nivel más alto en la empresa?			7B. (Si responde igual en 7A , pregunte) pero en últimas, ¿quién diría que tiene la mayor incidencia?			Encuestado	Alguien de nivel más alto	Igual	Encuestado	Alguien de nivel más alto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">7A. ¿Quién tiene la autoridad más alta para decidir la medida, usted o alguien de nivel más alto en la empresa?</td> <td colspan="3" style="padding: 2px;">7B. (Si responde igual en 7A, pregunte) pero en últimas, ¿quién diría que tiene la mayor incidencia?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Encuestado</td> <td style="padding: 2px;">Alguien de nivel más alto</td> <td style="padding: 2px;">Igual</td> <td style="padding: 2px;">Encuestado</td> <td style="padding: 2px;">Alguien de nivel más alto</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	7A. ¿Quién tiene la autoridad más alta para decidir la medida, usted o alguien de nivel más alto en la empresa?			7B. (Si responde igual en 7A , pregunte) pero en últimas, ¿quién diría que tiene la mayor incidencia?			Encuestado	Alguien de nivel más alto	Igual	Encuestado	Alguien de nivel más alto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7A. ¿Quién tiene la autoridad más alta para decidir la medida, usted o alguien de nivel más alto en la empresa?			7B. (Si responde igual en 7A , pregunte) pero en últimas, ¿quién diría que tiene la mayor incidencia?																																																																						
Encuestado	Alguien de nivel más alto	Igual	Encuestado	Alguien de nivel más alto																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
7A. ¿Quién tiene la autoridad más alta para decidir la medida, usted o alguien de nivel más alto en la empresa?			7B. (Si responde igual en 7A , pregunte) pero en últimas, ¿quién diría que tiene la mayor incidencia?																																																																						
Encuestado	Alguien de nivel más alto	Igual	Encuestado	Alguien de nivel más alto																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a D3	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> → Pase a D3																																																																								

D2. Piense en su puesto específico de trabajo. Si la empresa para la cual trabaja tiene más de una filial, planta o almacén, piense en el puesto específico que tiene donde usted trabaja. Voy a preguntarle sobre tipos de decisiones que podrían llegar a afectar los puestos de trabajo que hay donde usted trabaja. ¿En cada una de las situaciones que se presentan, dígame si usted está involucrado en ese tipo de decisión, incluyendo si usted ha dado un consejo u opinión.

En primer lugar, usted tiene que involucrarse en las decisiones que amplían o disminuyen el número total de empleados en el lugar donde trabaja?

	D2	Usted mismo toma la decisión (1)	Hace parte del grupo que somete a votación la decisión (2)	Toma la decisión que se somete a aprobación (3)	Aporta una opinión o consejo (4)														
<p>D2a. Tiene que involucrarse en las decisiones sobre ampliar o disminuir el número total de empleados en el lugar donde trabaja? Sí diligencie No (Si no está involucrado(5) No se ha presentado el caso (6) (continúe)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<p>D2b. En el caso de decisiones políticas que cambian de manera significativa los productos, programas o servicios ofrecidos por la empresa para la cual trabaja. Sí diligencie No (Si no está involucrado(5) No se ha presentado el caso (6) (continúe)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<p>D2c. En el caso de decisiones que modifican la política relativa al ritmo habitual de trabajo o a la cantidad de trabajo ya sea totalmente o en una parte importante de la misma. Sí diligencie No (Si no está involucrado(5) No se ha presentado el caso (6) (continúe)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<p>D2d. En las decisiones políticas que cambian significativamente los métodos o procedimientos básicos de trabajo empleados por la mayor parte de las personas en su lugar de trabajo. Sí diligencie No (Si no está involucrado(5) No se ha presentado el caso (6) (continúe)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<p>D2e. Decisiones relativas al presupuesto que tiene el lugar donde usted trabaja. Sí diligencie No (Si no está involucrado(5) No se ha presentado el caso (6) (pase a D2h)</p>																			
<p>D2f. Participa en las decisiones que definen el tamaño total del presupuesto. Sí diligencie No (Si no está involucrado(5) No se ha presentado el caso (6) (continúe)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<p>D2g. Usted participa en la política general que define la participación que tiene el lugar donde usted trabaja dentro del presupuesto total. Sí diligencie No (Si no está involucrado(5) No se ha presentado el caso (6) (continúe en D4)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<p>¿Cuál de las siguientes denominaciones describe mejor la posición que usted tiene dentro de la empresa o negocio? Esta puede ser una posición dentro de la administración, de la supervisión o fuera de la administración</p>	D3	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Administración/Gestión</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Supervisión</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">Pase a sección E</td> </tr> <tr> <td>Fuera de la administración</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>				Administración/Gestión	1	<input type="text"/>			Supervisión	2	<input type="text"/>	}	Pase a sección E	Fuera de la administración	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración/Gestión	1	<input type="text"/>																	
Supervisión	2	<input type="text"/>	}	Pase a sección E															
Fuera de la administración	3	<input type="text"/>			<input type="text"/>														
<p>Esa posición puede ser en:</p>	D4	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Alta Dirección (Dirección general)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>				Alta Dirección (Dirección general)	1	<input type="text"/>	Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)	2	<input type="text"/>	Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)	3	<input type="text"/>	Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)	4	<input type="text"/>		
Alta Dirección (Dirección general)	1	<input type="text"/>																	
Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)	2	<input type="text"/>																	
Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)	3	<input type="text"/>																	
Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)	4	<input type="text"/>																	

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Usted mismo toma la decisión (1)</td> <td style="width: 25%;">Hace parte del grupo que somete a votación la decisión (2)</td> <td style="width: 25%;">Toma la decisión que se somete a aprobación (3)</td> <td style="width: 25%;">Aporta una opinión o consejo (4)</td> </tr> </table>	Usted mismo toma la decisión (1)	Hace parte del grupo que somete a votación la decisión (2)	Toma la decisión que se somete a aprobación (3)	Aporta una opinión o consejo (4)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Usted mismo toma la decisión (1)</td> <td style="width: 25%;">Hace parte del grupo que somete a votación la decisión (2)</td> <td style="width: 25%;">Toma la decisión que se somete a aprobación (3)</td> <td style="width: 25%;">Aporta una opinión o consejo (4)</td> </tr> </table>	Usted mismo toma la decisión (1)	Hace parte del grupo que somete a votación la decisión (2)	Toma la decisión que se somete a aprobación (3)	Aporta una opinión o consejo (4)																								
Usted mismo toma la decisión (1)	Hace parte del grupo que somete a votación la decisión (2)	Toma la decisión que se somete a aprobación (3)	Aporta una opinión o consejo (4)																														
Usted mismo toma la decisión (1)	Hace parte del grupo que somete a votación la decisión (2)	Toma la decisión que se somete a aprobación (3)	Aporta una opinión o consejo (4)																														
<table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Administración/Gestión</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td>Supervisión</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">} Pase a sección E</td> </tr> <tr> <td>Fuera de la administración</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Administración/Gestión		<input type="checkbox"/>		Supervisión		<input type="checkbox"/>	} Pase a sección E	Fuera de la administración		<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Administración/Gestión</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td>Supervisión</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">} Pase a sección E</td> </tr> <tr> <td>Fuera de la administración</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Administración/Gestión		<input type="checkbox"/>		Supervisión		<input type="checkbox"/>	} Pase a sección E	Fuera de la administración		<input type="checkbox"/>										
Administración/Gestión		<input type="checkbox"/>																															
Supervisión		<input type="checkbox"/>	} Pase a sección E																														
Fuera de la administración		<input type="checkbox"/>																															
Administración/Gestión		<input type="checkbox"/>																															
Supervisión		<input type="checkbox"/>	} Pase a sección E																														
Fuera de la administración		<input type="checkbox"/>																															
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Alta Dirección (Dirección general)</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Alta Dirección (Dirección general)			<input type="checkbox"/>		Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)		<input type="checkbox"/>		Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)		<input type="checkbox"/>		Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)		<input type="checkbox"/>		<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Alta Dirección (Dirección general)</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Alta Dirección (Dirección general)		<input type="checkbox"/>		Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)		<input type="checkbox"/>		Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)		<input type="checkbox"/>		Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)		<input type="checkbox"/>
Alta Dirección (Dirección general)		<input type="checkbox"/>																															
Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)		<input type="checkbox"/>																															
Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)		<input type="checkbox"/>																															
Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)		<input type="checkbox"/>																															
Alta Dirección (Dirección general)		<input type="checkbox"/>																															
Gerencia de nivel superior (Directores Ejecutivos)		<input type="checkbox"/>																															
Gerencia de nivel intermedio (Gerentes de Área)		<input type="checkbox"/>																															
Gerencia de nivel inferior (Gerentes de proyecto Jefes de área)		<input type="checkbox"/>																															

SECCIÓN E- ACTITUDES SOBRE EL CAMBIO ECONÓMICO

E1. Nos gustaría hacer algunas preguntas sobre los posibles cambios en la manera como se manejan la economía y los negocios. Para cada una de las siguientes frases, por favor dígame si usted está completamente de acuerdo, esta de acuerdo, está en desacuerdo o está completamente en desacuerdo. Esta es la primera frase.

	E1	Completamente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	En desacuerdo (3)	Completamente en desacuerdo (4)
		E1a. Las corporaciones benefician a sus dueños a expensas de los trabajadores y los consumidores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1b. En la sociedad industrial, siempre será necesaria la existencia de la división del trabajo entre los expertos que toman decisiones y las personas que llevan a cabo esas decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1c. La actual legislación sobre formas de contratación ha deteriorado las condiciones económicas de los trabajadores en nuestro país.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1d. La crisis financiera vivida a nivel internacional, en gran parte ha estado motivada por el incentivo de la ganancia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1e. Si se les da la oportunidad a los empleados en el lugar donde usted trabaja, podrían manejar las cosas positivamente sin los patrones. (Está completamente de acuerdo, esta de acuerdo, está en desacuerdo o está completamente en desacuerdo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1f. Una de las consecuencias de la lucha contra el terrorismo y el narcotráfico ha sido el incremento de las grandes propiedades rurales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1g. Lo que se impone con el neoliberalismo es que el trabajador solo piense en si mismo que se fije metas a corto plazo cultura y la finalidad de lograr un consumo inmediato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN F- HISTORIA LABORAL

¿En qué año tuvo su primer trabajo con un contrato normal por el que pudo trabajar la mayor parte del año? Incluyendo el servicio militar de tiempo completo. (Si el encuestado pregunta qué es un contrato normal: " Un empleo en el que se trabajan por lo menos ocho horas en una semana, se recibe un pago por hacerlo y con una duración de al menos seis meses en el año)	F1	Año <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No ha trabajado anteriormente <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Escriba 0000 ↳ Pase a F7 Si el entrevistado es trabajador independiente, por cuenta propia o trabajador sin remuneración pase a F6
Alguna vez desde ... (año) usted ha sido trabajador independiente, (es decir trabaja sin patrón, por cuenta propia o tenía su propio negocio)	F2	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> ↳ Pase a F5
¿En que años se desempeñó como trabajador independiente, por cuenta propia?	F3	Desde: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Hasta: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Desde: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Hasta: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
¿Hay otros períodos con un trabajo por cuenta propia)	F4	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Desde: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Hasta: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Desde: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Hasta: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> ↳ Pase a F5
¿Le gustaría trabajar por cuenta propia otra vez (nuevamente)?	F5	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> ↳ Pase a F7 No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> ↳ Pase a F7
¿Alguna vez desde ____ (año), ha trabajado como empleado en una compañía de la que usted no era el dueño?	F6	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>
¿En su trabajo principal, usted, usted trabaja a través de todo el año, o hay períodos regulares o en temporadas por lo que queda sin trabajo una parte del año?	F7	Todo el año <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> Con períodos sin trabajar <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/>
Además del desempleo por temporadas, alguna vez ha estado desempleado durante un mes o más tiempo, es decir sin tener trabajo pero esperando encontrar empleo?	F8	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> ↳ Pase a F10
¿En cuántas ocasiones ha estado usted desempleado durante un período mayor a un mes (En caso de que sea necesario se admite un cálculo grueso).	F9	Solamente una vez <input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/> Número de veces <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ↳ Pase a F11

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">Completamente de acuerdo (1)</th> <th style="width: 25%;">De acuerdo (2)</th> <th style="width: 25%;">En desacuerdo (3)</th> <th style="width: 25%;">Completamente en desacuerdo (4)</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Completamente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	En desacuerdo (3)	Completamente en desacuerdo (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">Completamente de acuerdo (1)</th> <th style="width: 25%;">De acuerdo (2)</th> <th style="width: 25%;">En desacuerdo (3)</th> <th style="width: 25%;">Completamente en desacuerdo (4)</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Completamente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	En desacuerdo (3)	Completamente en desacuerdo (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	En desacuerdo (3)	Completamente en desacuerdo (4)																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
Completamente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	En desacuerdo (3)	Completamente en desacuerdo (4)																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
<p>Año <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>No ha trabajado anteriormente <input style="width: 40px;" type="text"/> Escriba 0000</p> <p style="text-align: center;">→ Pase a F7</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 2px; text-align: center; font-size: 0.8em;"> Si el entrevistado es trabajador independiente, por cuenta propia o trabajador sin remuneración pase a F6 </div>	<p>Año <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>No ha trabajado anteriormente <input style="width: 40px;" type="text"/> Escriba 0000</p> <p style="text-align: center;">→ Pase a F7</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 2px; text-align: center; font-size: 0.8em;"> Si el entrevistado es trabajador independiente, por cuenta propia o trabajador sin remuneración pase a F6 </div>																																																																																
<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/> No <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F5</p>	<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/> No <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F5</p>																																																																																
<p>Desde: <input style="width: 40px;" type="text"/> Hasta: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Desde: <input style="width: 40px;" type="text"/> Hasta: <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p>Desde: <input style="width: 40px;" type="text"/> Hasta: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Desde: <input style="width: 40px;" type="text"/> Hasta: <input style="width: 40px;" type="text"/></p>																																																																																
<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>→ Desde: <input style="width: 40px;" type="text"/> Hasta: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Desde: <input style="width: 40px;" type="text"/> Hasta: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>No <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F5</p>	<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>→ Desde: <input style="width: 40px;" type="text"/> Hasta: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Desde: <input style="width: 40px;" type="text"/> Hasta: <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>No <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F5</p>																																																																																
<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F7 No <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F7</p>	<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F7 No <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F7</p>																																																																																
<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/> No <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/> No <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																																																																																
<p>Todo el año <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Con períodos sin trabajar <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p>Todo el año <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Con períodos sin trabajar <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																																																																																
<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/> No <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F10</p>	<p>Si <input style="width: 30px;" type="text"/> No <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F10</p>																																																																																
<p>Solamente una vez <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Número de veces <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F11</p>	<p>Solamente una vez <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Número de veces <input style="width: 30px;" type="text"/> → Pase a F11</p>																																																																																

¿Por cuánto tiempo estuvo usted desempleado en esa ocasión?	F10	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
¿En qué año quedó usted desempleado la última vez?	F11	Año en el que quedó desempleado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Desde que usted comenzó a trabajar por primera vez, le ha ocurrido en alguna ocasión el que haya quedado sin trabajo y no haya querido ni necesitado buscar trabajo?	F12	Si <input type="text"/> <input type="text"/> → En qué año fue eso?: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Durante cuánto tiempo dejó de trabajar en ese caso?	F13	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Qué estuvo haciendo?	F14	<hr/> <hr/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Puede decirme en qué mes y en qué año comenzó a trabajar en el empleo actual?	F15	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
¿En cuántas ocasiones ha estado usted desempleado durante un período mayor a un mes (En caso de que sea necesario se admite un cálculo grueso).	F16	Solamente una vez <input type="text"/> <input type="text"/> Número de veces <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a sección G
¿En ese trabajo previo, usted trabajaba por cuenta propia o trabajaba para alguien más?	F17	Cuenta propia <input type="text"/> <input type="text"/> Para otra persona <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a F120
¿Usted ha tenido empleados remunerados?	F18	Si <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a F23
¿En promedio cuántos empleados tenía?	F19	Número: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Se trataba del mismo patrón que tiene en su trabajo actual o era alguien diferente?	F20	El mismo <input type="text"/> <input type="text"/> Diferente <input type="text"/> <input type="text"/>
¿En ese trabajo, usted supervisaba las labores de otros empleados?	F21	Si <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a F23
¿Tenía usted alguna intervención o estaba implicado en el pago, promociones o llamadas de atención de sus subordinados en ese trabajo?	F22	Si <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Qué tipo de trabajo hacía en ese empleo? ¿Cuáles eran algunas de sus principales tareas o actividades?	F23	<hr/> <hr/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Qué tipo de negocio, empresa u organización era? Es decir, ¿qué fabricaban o hacían?	F24	<hr/> <hr/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Aproximadamente cuántas horas a la semana tenía que trabajar en ese empleo, incluyendo las horas extras pagadas o sin pagar	F25	Horas a la semana: <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Dígame el mes y al año en que comenzó y terminó ese trabajo?	F26	Comenzó a trabajar: Mes: <input type="text"/> <input type="text"/> Año: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Terminó de trabajar: Mes: <input type="text"/> <input type="text"/> Año: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Por qué razón salió de ese trabajo?	F27	Dejó voluntariamente el trabajo <input type="text"/> <input type="text"/> Lo despidieron <input type="text"/> <input type="text"/> Lo promovieron <input type="text"/> <input type="text"/> Terminó contrato <input type="text"/> <input type="text"/> Otro ¿Cuál? <input type="text"/> <input type="text"/> ↳ <hr/> <hr/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Qué hizo en el tiempo transcurrido entre la salida de ese trabajo y el trabajo actual?	F28	No hubo una espera entre uno y otro trabajo <input type="text"/> <input type="text"/> <hr/> <hr/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Si los tres trabajos los tuvo con el mismo empleador continúe. Si hay más de un empleador pase a sección G		
¿En qué mes y en qué año comenzó por primera vez a trabajar con su actual empleador?	F29	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>

SECCIÓN H- ANTECEDENTES FAMILIARES

Cuando usted tenía alrededor de 14 años, ¿vivía usted con su padre y su madre?	H1	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 56 No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																						
¿Con quién vivía usted?	H2	<table border="0"> <tr><td>Sólo madre</td><td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Sólo padre</td><td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Madre y otro hombre</td><td><input type="text" value="3"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Padre y otra mujer</td><td><input type="text" value="4"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Abuelos</td><td><input type="text" value="5"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Hermanos</td><td><input type="text" value="6"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Tíos</td><td><input type="text" value="7"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otros parientes</td><td><input type="text" value="8"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otras personas, no parientes</td><td><input type="text" value="9"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Solo</td><td><input type="text" value="10"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>No responde</td><td><input type="text" value="99"/> <input type="text"/></td></tr> </table>	Sólo madre	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Sólo padre	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Madre y otro hombre	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Padre y otra mujer	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	Abuelos	<input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Hermanos	<input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Tíos	<input type="text" value="7"/> <input type="text"/>	Otros parientes	<input type="text" value="8"/> <input type="text"/>	Otras personas, no parientes	<input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Solo	<input type="text" value="10"/> <input type="text"/>	No responde	<input type="text" value="99"/> <input type="text"/>
Sólo madre	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>																							
Sólo padre	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																							
Madre y otro hombre	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>																							
Padre y otra mujer	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>																							
Abuelos	<input type="text" value="5"/> <input type="text"/>																							
Hermanos	<input type="text" value="6"/> <input type="text"/>																							
Tíos	<input type="text" value="7"/> <input type="text"/>																							
Otros parientes	<input type="text" value="8"/> <input type="text"/>																							
Otras personas, no parientes	<input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																							
Solo	<input type="text" value="10"/> <input type="text"/>																							
No responde	<input type="text" value="99"/> <input type="text"/>																							
Quién aportaba la mayor parte del apoyo financiero en su familia cuando usted tenía 14 años. (Si no es claro: ¿quién aportaba la mayor parte del apoyo financiero en su familia cuando usted tenía 14 años?)	H3	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> (Relación de parentesco con el encuestado)																						
Sexo:	H4	Hombre <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Mujer <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																						
Nivel educativo:	H5	<table border="0"> <tr><td>Primaria incompleta</td><td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Primaria completa</td><td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Secundaria incompleta</td><td><input type="text" value="3"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Secundaria completa</td><td><input type="text" value="4"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Universitaria incompleta</td><td><input type="text" value="5"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Universitaria completa</td><td><input type="text" value="6"/> <input type="text"/></td></tr> </table>	Primaria incompleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Primaria completa	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Secundaria incompleta	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Secundaria completa	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	Universitaria incompleta	<input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Universitaria completa	<input type="text" value="6"/> <input type="text"/>										
Primaria incompleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>																							
Primaria completa	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																							
Secundaria incompleta	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>																							
Secundaria completa	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>																							
Universitaria incompleta	<input type="text" value="5"/> <input type="text"/>																							
Universitaria completa	<input type="text" value="6"/> <input type="text"/>																							
¿Cuál era la ocupación principal de (la persona anterior) mientras usted estaba creciendo. Es decir, en que trabajó la mayor parte del tiempo? Si encuestado no recuerda o no tenía trabajo pregunte: ¿Se acuerda de algún trabajo que tuvo? Cuénteme sobre ese trabajo	H6	No tenía ocupación o era ama de casa <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 14 _____ <input type="text"/> <input type="text"/>																						
¿En qué tipo de industria o negocios hacía ese trabajo? Es decir, qué hacían en la empresa o negocio?	H7	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>																						
¿Era ese trabajo un trabajo estable?	H8	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																						
¿En su trabajo principal, trabajaba como:	H9	<table border="0"> <tr><td>Patrón (dueño o socio)</td><td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 14</td></tr> <tr><td>Trabajador por cuenta propia</td><td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Empleado u obrero de empresa privada</td><td><input type="text" value="3"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Empleado u obrero del gobierno</td><td><input type="text" value="4"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Trabajador sin remuneración</td><td><input type="text" value="5"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Servicio doméstico</td><td><input type="text" value="6"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otro ¿cuál?</td><td><input type="text" value="7"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>↳ _____</td><td><input type="text"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>No sabe/No responde</td><td><input type="text" value="9"/> <input type="text"/></td></tr> </table>	Patrón (dueño o socio)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 14	Trabajador por cuenta propia	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Empleado u obrero de empresa privada	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Empleado u obrero del gobierno	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	Trabajador sin remuneración	<input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Servicio doméstico	<input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Otro ¿cuál?	<input type="text" value="7"/> <input type="text"/>	↳ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	No sabe/No responde	<input type="text" value="9"/> <input type="text"/>				
Patrón (dueño o socio)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 14																							
Trabajador por cuenta propia	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																							
Empleado u obrero de empresa privada	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>																							
Empleado u obrero del gobierno	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>																							
Trabajador sin remuneración	<input type="text" value="5"/> <input type="text"/>																							
Servicio doméstico	<input type="text" value="6"/> <input type="text"/>																							
Otro ¿cuál?	<input type="text" value="7"/> <input type="text"/>																							
↳ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																							
No sabe/No responde	<input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																							
¿Supervisaba a alguien en su trabajo?	H10	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																						
¿A menos de 10 personas o más de 10 personas?	H11	<table border="0"> <tr><td>De 1 a 9 personas</td><td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>10 o más personas</td><td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>No responde</td><td><input type="text" value="9"/> <input type="text"/></td></tr> </table>	De 1 a 9 personas	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	10 o más personas	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	No responde	<input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																
De 1 a 9 personas	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>																							
10 o más personas	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																							
No responde	<input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																							
¿Tenía su padre algún supervisor del que recibía órdenes?	H12	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																						
Contando a su padre ¿Cuántas personas trabajaban en la empresa en que él trabajaba?	H13	<table border="0"> <tr><td>Una persona</td><td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Dos a cuatro</td><td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Cinco a nueve</td><td><input type="text" value="3"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>10 a 49</td><td><input type="text" value="4"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>50 a 199</td><td><input type="text" value="5"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>200 o más</td><td><input type="text" value="6"/> <input type="text"/></td></tr> <tr><td>No responde</td><td><input type="text" value="9"/> <input type="text"/></td></tr> </table>	Una persona	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Dos a cuatro	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Cinco a nueve	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	10 a 49	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	50 a 199	<input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	200 o más	<input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	No responde	<input type="text" value="9"/> <input type="text"/>								
Una persona	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>																							
Dos a cuatro	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																							
Cinco a nueve	<input type="text" value="3"/> <input type="text"/>																							
10 a 49	<input type="text" value="4"/> <input type="text"/>																							
50 a 199	<input type="text" value="5"/> <input type="text"/>																							
200 o más	<input type="text" value="6"/> <input type="text"/>																							
No responde	<input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																							
(Si en P2 se respondió un parentesco diferente a madre) 12. Alguna vez, su madre trabajo por un salario en algún negocio familiar durante el tiempo transcurrido entre su nacimiento y lo 14 años?	H14	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Madre no estuvo presente <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																						
¿Cuál fue su principal ocupación? Es decir, qué tipo de trabajo hacía ella normalmente?	H15	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>																						

Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 56 No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 56 No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
Sólo madre <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Sólo padre <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Madre y otro hombre <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Padre y otra mujer <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Abuelos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Hermanos <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Tíos <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Otros parientes <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Otras personas, no parientes <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Solo <input type="text" value="10"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="99"/> <input type="text"/>	Sólo madre <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Sólo padre <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Madre y otro hombre <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Padre y otra mujer <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Abuelos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Hermanos <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Tíos <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Otros parientes <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Otras personas, no parientes <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Solo <input type="text" value="10"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="99"/> <input type="text"/>
<hr/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> (Relación de parentesco con el encuestado)	<hr/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> (Relación de parentesco con el encuestado)
Hombre <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Mujer <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Hombre <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Mujer <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
Primaria incompleta <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Primaria completa <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Secundaria incompleta <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Secundaria completa <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Universitaria incompleta <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Universitaria completa <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Primaria incompleta <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Primaria completa <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Secundaria incompleta <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Secundaria completa <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Universitaria incompleta <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Universitaria completa <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>
No tenía ocupación o era ama de casa <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase a 14 <hr/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	No tenía ocupación o era ama de casa <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Pase a 14 <hr/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
Patrón (dueño o socio) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 14 Trabajador por cuenta propia <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Empleado u obrero de empresa privada <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Empleado u obrero del gobierno <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Trabajador sin remuneración <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Servicio doméstico <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Otro ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> ↔ <hr/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No sabe/No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Patrón (dueño o socio) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Pase a 14 Trabajador por cuenta propia <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Empleado u obrero de empresa privada <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Empleado u obrero del gobierno <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Trabajador sin remuneración <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Servicio doméstico <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Otro ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> ↔ <hr/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> No sabe/No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
De 1 a 9 personas <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> 10 o más personas <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	De 1 a 9 personas <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> 10 o más personas <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
Una persona <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Dos a cuatro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Cinco a nueve <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> 10 a 49 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> 50 a 199 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> 200 o más <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Una persona <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Dos a cuatro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Cinco a nueve <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> 10 a 49 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> 50 a 199 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> 200 o más <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> No responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Madre no estuvo presente <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Si <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Madre no estuvo presente <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>
<hr/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<hr/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

